



Health System Watch



Jahresthema: Finanzierung aus einer Hand

Thomas Czypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling, Stefan Eichwalder*

Finanzierung aus einer Hand

Seit Jahren gefordert, fehlt für die „Finanzierung aus einer Hand“ eine fundierte Konzeption. In unserem Ansatz wollen wir, aufbauend auf dem Modell der WHO 2008 zur Gesundheitsfinanzierung, Theorie, empirische Erkenntnisse und Fallstudien internationaler Reformen verwenden, um zu einer solchen Konzeption zu gelangen. In diesem ersten Teil stellen wir zusammenfassend unsere Analyse der Finanzströme im österreichischen Gesundheitswesen vor, die uns als Ausgangspunkt dient. Danach zeigen wir anhand der Reformen in den Niederlanden, Deutschlands und Englands, wie international moderne Konzepte der Gesundheitsfinanzierung realisiert werden. Diese Reformen erweisen sich in der Regel als langwieriger als ursprünglich geplant und betonen noch zu wenig den Anbieterwettbewerb. Erfolgreiche Weiterentwicklungen können aber für unsere Konzeption in den österreichischen Kontext angepasst werden.

Einleitung

Die Fragmentierung der Finanzierung im österreichischen Gesundheitswesen und die damit einhergehende Fragmentierung der Kompetenzen und Steuerungsmechanismen wird schon längere Zeit als die Hauptursache für die Probleme im österreichischen Gesundheitswesen genannt. Gleichsam als Gegenmittel wird ebenfalls seit einiger Zeit die „Finanzierung aus einer Hand“ gefordert. Dieses Schlagwort ist bei allen diesbezüglichen Diskussionen rasch bei der Hand, eine Konkretisierung blieb bisher jedoch aus.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger hat daher das IHS damit beauftragt, die längst fällige Konkretisierung des Begriffs durchzuführen, das heißt insbesondere Modelle zu entwickeln, wie eine solche „Finanzierung aus einer Hand“ aussehen könnte. Der Health System Watch Winter 2008 und Frühjahr 2009 wird sich daher mit dieser Thematik beschäftigen. Aufgrund des Umfangs der Analyse erfolgt hier notwendigerweise eine exemplarische Darstellung. In dieser Ausgabe fassen wir zunächst einige Erkenntnisse aus der Aufstellung der österreichischen Finanzströme im Gesundheitswesen (als Zusammenfassung siehe die Abbildung am Ende der Ausgabe) zusammen und stellen drei unserer Fallstudien vor. Im Health System Watch I/Frühjahr 2009 werden dann die unterschiedlichen Modellvarianten wie „Finanzierung aus einer Hand“ aussehen könnte, präsentiert.

Reform der Finanzierung: Analyseansatz

Der Studienansatz ruht auf drei Säulen: Als Ausgangspunkt dient uns die Darstellung der Finanzströme im österreichischen Gesundheitswesen 2006 und deren Analyse. Als zweite Säule haben wir *case-studies* anderer europäischer Länder in Hinblick auf die Finanzierung und deren Reformen angefertigt, um Finanzierungsströme und deren Reformen als mögliche Vorbilder zu identifizieren. Außerdem erarbeiteten wir auf theoretischer Basis sowie auf Grundlage empirischer Literatur und neu erstellten Datenanalysen Erkenntnisse zur Reform der Finanzströme. Auf diese Weise kommen wir vom Ist-Zustand in Österreich anhand von internationalen Reformüberlegungen unter Berücksichtigung von theoretischen und empirischen Erkenntnissen zu einer Formulie-

Finanzierung
aus einer Hand

Reform der
Finanzierung:
Analyseansatz

* Alle: Institut für Höhere Studien (IHS)
 Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at.
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.

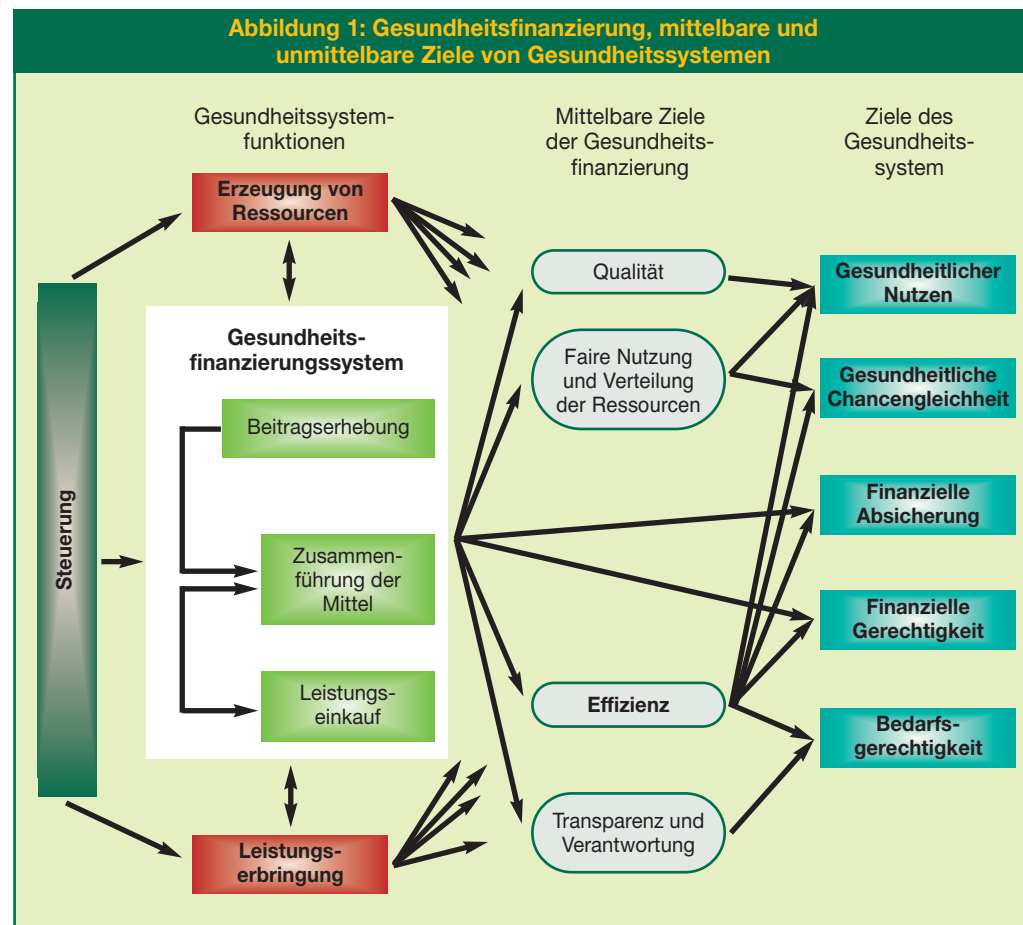




zung von möglichen Modellen einer neuen Finanzierungsstruktur für Österreich sowie deren Einschätzung in Bezug auf deren mögliche Vor- und Nachteile.

Das Konzept der Analyse der Finanzierungsstruktur lehnen wir an das 2008 erschienene Grundsatzpapier zur Gesundheitsfinanzierung der Region Europa der WHO an.¹ Dieser Analyserahmen hat den Vorteil, dass er direkt auf die Formulierung von gesundheitspolitischen Reformen gerichtet ist und er zudem systemunabhängig verwendet werden kann, was für die Fallstudien der Länder hilfreich ist.

Abbildung 1 zeigt die Gesundheitsfinanzierung im Kontext mittelbarer und unmittelbarer Ziele von Gesundheitssystemen. Diese unmittelbaren Ziele sind im Wesentlichen darauf ausgerichtet, dass jeder unabhängig von seinem Einkommen eine seinem medizinischen Bedarf adäquate Behandlung erhält, ohne durch diese Behandlung in existenzielle Not gebracht zu werden, aber gleichzeitig entsprechend seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung beiträgt. Die Finanzierung des Gesundheitswesens bildet dabei den Kernbereich unserer Analyse.



Quelle: WHO 2008.

Sie zerfällt dabei in drei Bereiche, welche wir genauer analysieren wollen: die Beitragserhebung („revenue collection“), das Zusammenführen der Mittel („pooling“) und den Leistungseinkauf („purchasing“). Die Ausgestaltung dieser Teilfunktionen bestimmt wesentlich mit, wie gut die unmittelbaren Ziele eines Gesundheitssystems letztlich erreicht werden können. Eine Reform der Finanzierungsstruktur muss also beachten, hier Fortschritte zu erzielen oder in einzelnen Bereichen wenigstens gleich gut wie bisher abzuschneiden.

Nicht alle unmittelbaren Ziele lassen sich allerdings gut operationalisieren. Der Grund liegt darin, dass noch viele weitere Faktoren z. B. auf die Lebenserwartung wirken. Jedenfalls ist aber in Bezug auf die Ziel-Mittel-Beziehung der Zusammenhang zwischen unmittelbaren Zielen und mittel-





baren Zielen festzumachen. So wird eine effiziente und gerecht finanzierte Spitalslandschaft, deren Qualität überprüft wird, in der Regel eine positive Wirkung auf die Gesundheit haben und die Beiträge der Bevölkerung in Grenzen halten, auch wenn sich aufgrund vieler anderer Faktoren die tatsächliche Wirkung auf die Gesundheit nur unzureichend messen lässt.

Revenue collection („Beitragserhebung“)

Die Beitragsgenerierung und -einhebung wird in diesem Modell² als distinkte Funktion beschrieben. Dies beruht auf der auf politischer Ebene noch nicht immer zum Durchbruch gelangten Erkenntnis, dass die Herkunft der Mittel keineswegs die nachgeschalteten Funktionen der Gesundheitsfinanzierung determiniert. Zwischen den klassischen Typen „Beveridge“, „Bismarck“, „Semashko“ und anderen gibt es fließende Übergänge, wie wir später auch im Bereich der Reformbeispiele sehen werden.

In der Geschichte gab es auch einige Länder, die ihre klassische Ausrichtung gewechselt haben (z. B. Italien, Spanien); es gibt kaum ein Land, das Gesundheit ausschließlich aus Steuern oder Sozialversicherungsabgaben alleine finanziert. Zudem wird gerne die Erkenntnis vernachlässigt, dass die Bevölkerung Quelle aller Mittel im Gesundheitswesen ist – unabhängig von den nachgeordneten Institutionen, die diese neu aufteilen. Es erscheint also gerechtfertigt, die Finanzströme im Gesundheitswesen primär danach zu gestalten, wie dies den Bedürfnissen der Bevölkerung am besten entspricht.

Der Bereich *revenue collection* ist vor allem für die Finanzierungsgerechtigkeit von Bedeutung sowie für die „Berechtigung“ zur Inanspruchnahme. Zumindest in Westeuropa, wie wir später sehen werden, besteht hier der Trend, diese Versicherungsfunktion unabhängig von der Form des Gesundheitssystems auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen.

Pooling („Zusammenführung der Mittel“)

Die *pooling*-Funktion hat in modernen europäischen Gesundheitssystemen zwei Aufgaben. Zum einen sollen ungleiche Einkommen zusammengefasst werden, sodass aus Gründen der Solidarität Mittel von den Wohlhabenderen zu den Ärmeren fließen. Dies trennt die Leistbarkeit vom sich realisierenden medizinischen Bedarf.

Zum anderen führt ein Zusammenführen der gesundheitlichen Risiken entsprechend dem Gesetz der großen Zahl zur Leistbarkeit auch hoher sich realisierender Risiken des *pools*. Einerseits bedeutet *pooling* nicht zwingend, dass es nur einen einzigen *pool* geben muss, solange die *pools* ausreichend groß sind und Einkommen und Risiken homogen erfassen. Andererseits ist auch kein physisch existenter *pool* notwendig, auch wenn dies zunehmend der Fall ist. Die Fragmentierung der *pools* nach Einkommen und Risiken hingegen hat negative Auswirkungen auf die Ziele eines Gesundheitswesens. Möchte man aus administrativen Gründen *pools* z. B. zu Zwecken der Dezentralisierung wieder aufsplitten, ist dabei darauf zu achten, dass die eben erwähnten Grundsätze nicht verlorengehen.

Purchasing („Leistungseinkauf“)

Dem Bereich des Leistungseinkaufs kommt für die Anreizsetzung der Leistungserbringer entscheidende Bedeutung zu und damit auch für die Effizienz des Gesundheitswesens, da der weitestgehend größte Anteil der Kosten in der Leistungserbringung entsteht. Dabei ist schon lange vom „strategischen“ Einkauf die Rede. Das bedeutet, dass nicht „passiv“ bereits erbrachte Leistungen im Nachhinein abgegolten werden, sondern der Einkäufer im Sinne des Patienten die richtigen Leistungserbringer zusammenführt, deren Leistungen zur Verfügung stellt sowie auf deren Qualität und Effizienz achtet und diesen Prozess kontinuierlich wiederholt, um geänderten Bedürfnissen und Angeboten Rechnung zu tragen.

Auch in diesem Bereich kann Fragmentierung, bei der nicht die Vorteile von Subsidiarität überwiegen, nachteilig sein. Dies umso mehr, als im Bereich des strategischen Einkaufs Information und Know-how von zunehmender Bedeutung sind und deren Kosten nicht unerheblich sind.

Revenue collection („Beitragserhebung“)

Pooling („Zusammenführung der Mittel“)

Purchasing („Leistungseinkauf“)

2 Welches genauer ausgeführt ist in: Kutzin J.: A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy 56 (2001). S171-294.



Der Ausgangspunkt: Finanzströme in Österreich

Die Finanzströme im österreichischen Gesundheitswesen dienen als Ausgangspunkt der Analyse. Wir haben sie für das Jahr 2006 erfasst. Da den Lesern die grundsätzlichen Finanzierungsregeln und -probleme bekannt sein dürften und eine detaillierte Erläuterung den Rahmen sprengen würde, werden wir hier nur in aller Kürze darauf eingehen.³ Die Spitalsfinanzierung und deren Probleme wurden bereits wiederholt im Health System Watch⁴ behandelt, daher werden wir darauf nur im Fazit eingehen.

Bundesländer

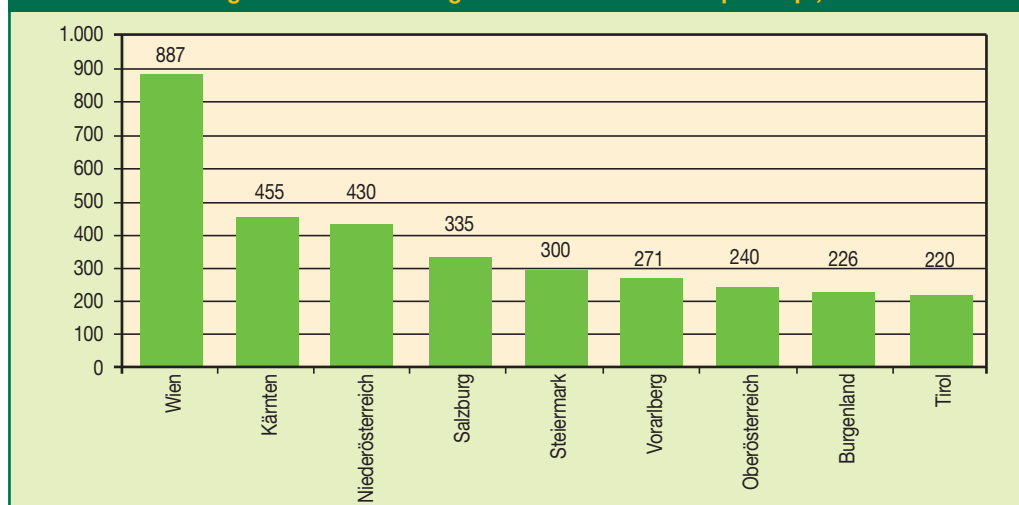
Bundesländer

Die österreichische Bundesverfassung regelt in den Artikeln 10 bis 15 die Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern. Besondere Kompetenz haben die Bundesländer im Bereich der Krankenanstalten, bei denen den Bundesländern die Ausführungsgesetzgebung zufällt. Des Weiteren zählen zum Aufgabenbereich der Bundesländer der öffentliche Gesundheitsdienst, die Sozialhilfe, das Rettungswesen und die Ausbildung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

Die Bundesländer müssen Voranschläge und Rechnungsabschlüsse gemäß der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) erstellen. Gesundheitsausgaben finden sich nicht nur in Gruppe 5 (Gesundheit), sondern auch in anderen, etwa in den Gruppen 0 (Verwaltung), 1 (Öffentliche Ordnung), 8 (Dienstleistungen) und 9 (Finanzwirtschaft). In der VRV, genauer in Anlage 2, werden alle zur Verwendung zulässigen Ansätze definiert, um so ein bestimmtes Maß an Transparenz und Vergleichbarkeit zu schaffen.

Für die vorliegende Studie wurden die gesamten Rechnungsabschlüsse der Länder für das Jahr 2006⁵ auf gesundheitsbezogene Einnahmen und Ausgaben untersucht. Mittel anderer Gebietskörperschaften, etwa von Gemeinden, sowie Personalkosten⁶ und Darlehen, die nicht dem Bezugsjahr zurechenbar waren, wurden nicht berücksichtigt. An den Gesamtausgaben der Bundesländer machen die Gesundheitsausgaben im Durchschnitt neun Prozent aus, wobei die Streuung sehr hoch ist. Die höchsten relativen Gesundheitsausgaben hat Wien mit 14,5 Prozent, die geringsten hat das Burgenland mit 3,8 Prozent. Auch bei Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgaben hat Wien die höchsten Ausgaben für Gesundheit.

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben der Bundesländer pro Kopf, in Euro



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), Statistik Austria, eigene Darstellung 2008.

3 Eine ausführlichere Darstellung findet sich im Projektbericht.

4 Vgl. z. B. T. Czypionka, M. Kraus, G. Röhrling: „Effizienz im Spitalswesen: Es bleibt noch viel zu tun ...“. Health System Watch III/Herbst 2008, <http://www.ihs.ac.at>.

5 Mit Ausnahme von Kärnten (2005): Bis Mitte November 2008 wurde der Rechnungsabschluss für 2006 – laut Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 4 – vom Kärntner Landtag noch nicht beschlossen.

6 Personalkosten konnten nur für Wien nicht abgegrenzt werden. Mit Ausnahme von Niederösterreich wurden in den restlichen sieben Bundesländern die Personalkosten durch die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften getragen.

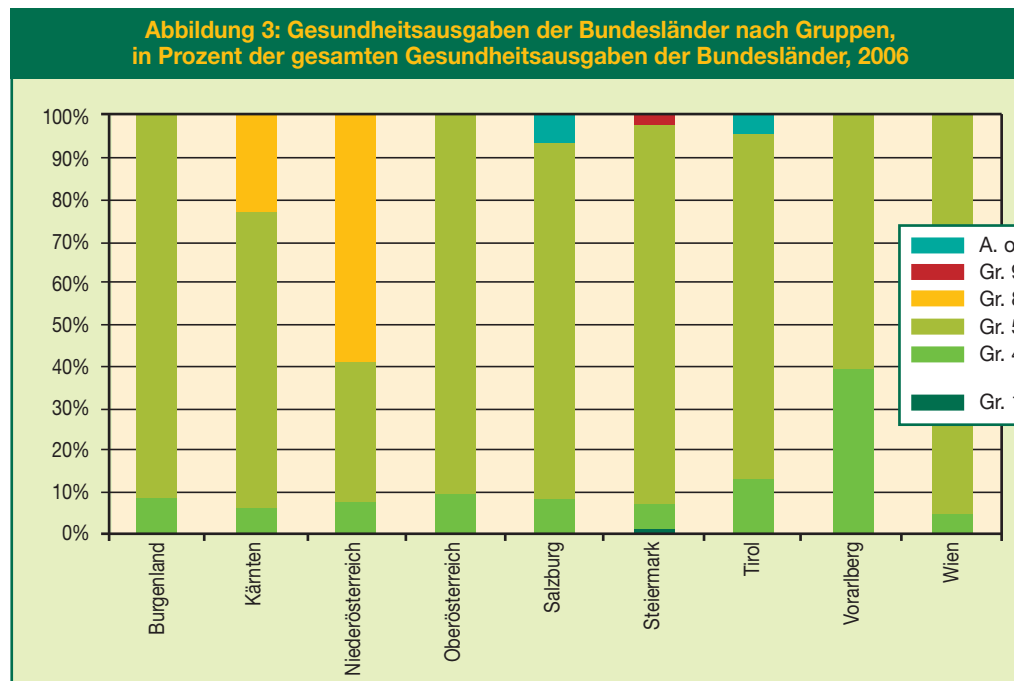




Der hohe Anteil von gesundheitsbezogenen Ausgaben in Wien dürfte zum Teil auf das nicht ausgliederte Krankenhausmanagement⁷ zurückzuführen sein. Einerseits wird das in Krankenanstalten eingesetzte Personal voll dem Land zugerechnet, andererseits können ausgegliederte Betriebsgesellschaften selbst Kapital aufnehmen und Bilanzgewinne bzw. -verluste erwirtschaften, ohne den Haushalt des Landes unmittelbar zu belasten. Das ist im Fall von Wien nicht möglich.⁸ Während die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft im Burgenland (KRAGES) in den letzten Jahren Gewinne realisierte, schrieben die anderen Betriebsgesellschaften, für die Bilanzen veröffentlicht wurden,⁹ Verluste, die durch das Land gedeckt werden müssen. Teilweise werden Darlehen rein zur Bedienung von vorherigen Darlehen aus den vergangenen Jahren vergeben.¹⁰ Eine zeitliche Abgrenzung dieser Ausgaben ist für Vergleiche daher besonders wichtig.

Schwierigkeiten bei der Analyse der Rechnungsabschlüsse ergeben sich auch aus dem sehr unterschiedlichen Detailgrad, in dem Rechnungsabschlüsse veröffentlicht werden. Etwa bei den Gesundheitskosten im Bereich der Sozialhilfe, die in den meisten Bundesländern nicht zuordenbar ist, sowie dem Verbuchen unter unterschiedlichen Ansätzen, teilweise unter Ansätzen, die in der VRV nicht vorgesehen sind.¹² Für die Bewertung der gesamten Ausgaben für Gesundheit fehlen Informationen über die formal ausgegliederten Krankenhausbetriebsgesellschaften sowie der Rechnungsabschluss 2006 für das Bundesland Kärnten.

Außerdem findet keine hinreichende Trennung der Mittel statt, einerseits bezüglich der Gebietskörperschaft, die diese Mittel zu tragen hat,¹¹ andererseits bezüglich der Mittel, die über den Landesgesundheitsfonds ausbezahlt werden, aber nicht an diesen, sondern direkt an die Träger der Krankenanstalten überwiesen werden. Die 2009 und 2013 anstehende Haushaltsrechtsreform des Bundes, bei der Aspekte von New Public Management und Good Governance einfließen sollten, wird die Analyse der Gesundheitsausgaben, zumindest auf Bundesebene, erleichtern. Aufgrund der umfangreichen Kompetenzen der Bundesländer im Bereich der Gesundheit wäre eine Reform des Haushaltswesens auch auf Bundesländerebene wünschenswert.



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), eigene Darstellung 2008.

- 7 In allen Bundesländern mit Ausnahme von Wien wurden privatrechtlich organisierte Krankenhausbetriebsgesellschaften gebildet.
- 8 Der Krankenanstaltenverbund (KAV) ist ein Unternehmen gemäß der Wr. Stadtverfassung (§71 Abs. 3), besitzt allerdings keine Rechtspersönlichkeit.
- 9 Das sind Kärnten (KABEG), Oberösterreich (GESPAG), Steiermark (KAGES) und Vorarlberg (KHBG)
- 10 siehe dazu Statistik Austria: Bericht über die Haushaltsergebnisse im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 10 Absatz 5 des Österreichischen Stabilitätspaktes 2005.
- 11 So werden etwa in Niederösterreich etwa 60 Prozent der gesamten gesundheitsrelevanten Ausgaben in der Gruppe 8 (Dienstleistungen) unter in der VRV nicht vorhergesehenen Ansätzen verbucht (siehe auch Abbildung 3).
- 12 Auch die Bundes- und Gemeindemittel fließen über die Länder an den Fonds und die Krankenanstaltenträger.

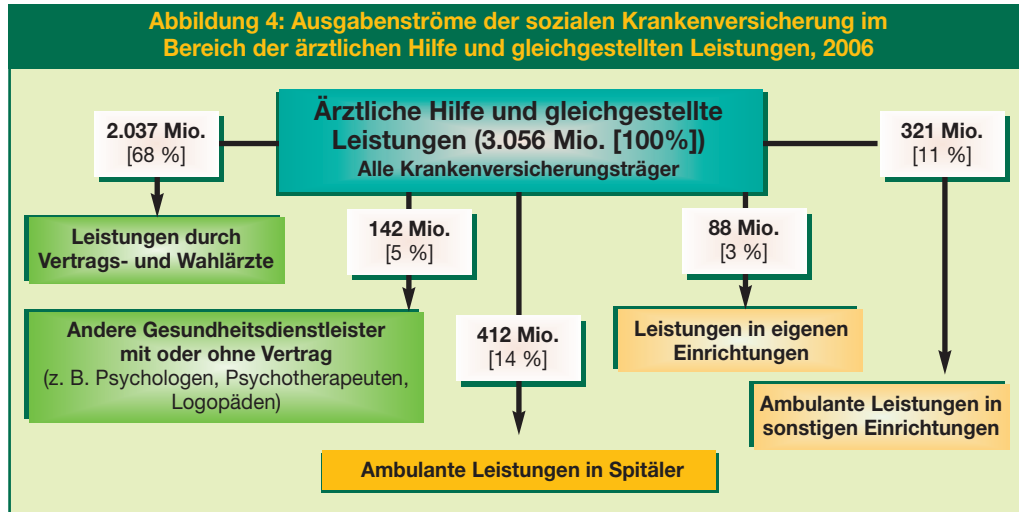


Der ambulante Sektor

Der ambulante Sektor

Die Finanzierung des ambulanten Gesundheitssektors in Österreich erfolgt primär über die soziale Krankenversicherung. Diese, die sich hauptsächlich über Beiträge finanziert (rund 10,3 Mrd. Euro oder 83 Prozent der Gesamteinnahmen im Jahre 2006), wandte 2006 knapp über drei Mrd. Euro (oder 25 Prozent der Gesamtausgaben) für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen auf. Dazu zählt die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte, andere Gesundheitsdienstleister mit oder ohne Vertrag, Ambulatorien sowie Spitalsambulanzen.

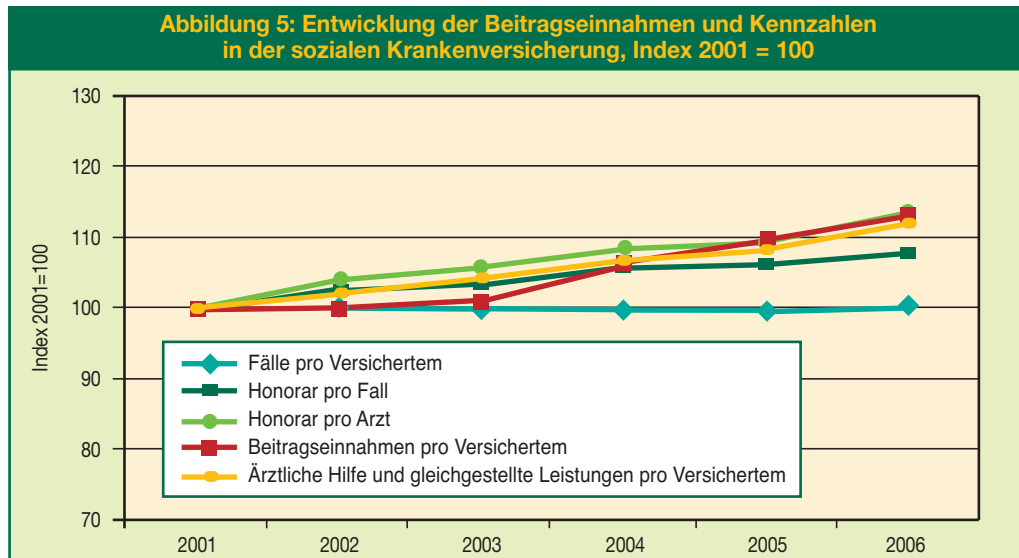
Abbildung 4: Ausgabenströme der sozialen Krankenversicherung im Bereich der ärztlichen Hilfe und gleichgestellten Leistungen, 2006



Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2007, eigene Darstellung 2008.

Etwas mehr als zwei Drittel (oder rund zwei Mrd. Euro) der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen wurden für Vertrags- und Wahlarzthonorare aufgewendet, wobei rund 90 Prozent davon Leistungen im Kassenbereich zugeordnet werden können, vgl. Abbildung 4. Zusammen mit den 142 Mio. Euro, die für andere Gesundheitsdienstleister (mit oder ohne Vertrag) ausgegeben werden, fließen somit in den niedergelassenen Bereich rund 2,2 Mrd. Euro. Jeweils rund 410 Mio. Euro zahlt die Krankenversicherung an Ambulatorien (eigene und fremde Einrichtungen) sowie an die Ambulanzen in den Spitälern. Insbesondere Letztere sind ihrem Aufgabengebiet entsprechend von einer Mischfinanzierung geprägt, denn diese erhalten auch Mittel über die Landesgesundheitsfonds. Im Jahr 2006 wurde rund ein Drittel der gesamten ambulanten Endkosten in Österreichs Fondskrankenanstalten von der sozialen Krankenversicherung gespeist. Die Umsetzung einer bundesweit einheitlichen leistungsorientierten Finanzierung im Bereich der Spitalsambulanzen steht

Abbildung 5: Entwicklung der Beitragseinnahmen und Kennzahlen in der sozialen Krankenversicherung, Index 2001 = 100



Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2007, eigene Darstellung 2008.

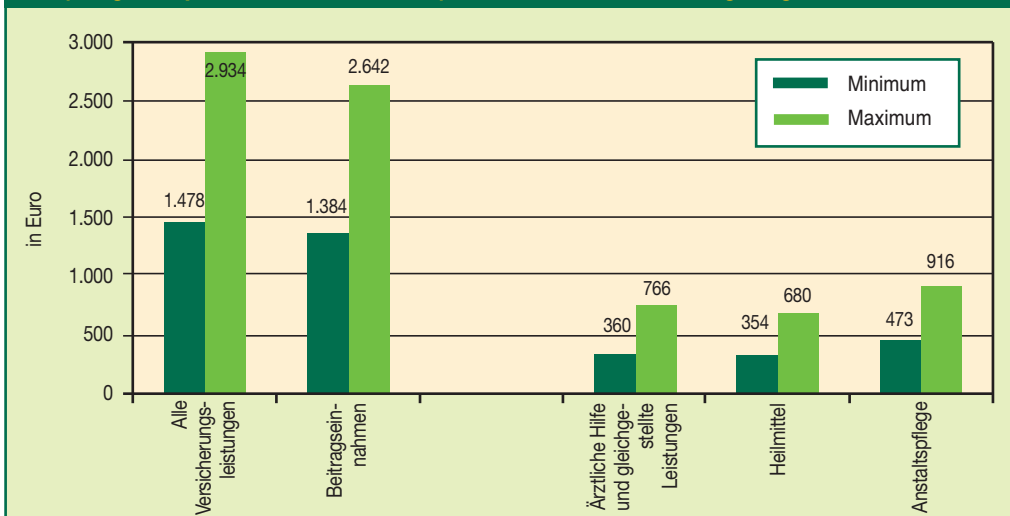




gegenwärtig noch aus. Die Krankenversicherungsausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen pro Versichertem stiegen im Zeitraum 2001 bis 2006 moderat: nominell um insgesamt zwölf Prozent, vier Prozentpunkte davon im letzten Jahr, vgl. Abbildung 5. Nach einem stärkeren Anstieg der Beitragseinnahmen pro Versichertem von 2003 auf 2004 kann eine analoge Entwicklung zu den ambulanten Ausgaben konstatiert werden. Die Honorare pro Arzt entwickelten sich ebenfalls in ähnlicher Weise; die Arzthonorare pro Fall lagen etwas darunter. Die behandelten Fälle im Verhältnis zu den Versicherten blieben im Beobachtungszeitraum beinahe konstant.

Die Betrachtung der Kopfquoten in der sozialen Krankenversicherung zeigt sowohl nach unterschiedlichen Ausgabenbereichen als auch bei den Beitragseinnahmen eine erhebliche Variation zwischen den Bundeskassen und den Gebietskrankenkassen im Aggregat, vgl. Abbildung 6. Beispielsweise variieren die Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen pro direkt Versichertem unter allen Krankenversicherungsträgern zwischen 360 Euro und 766 Euro. Auch innerhalb der Gebietskrankenkassen ist eine Variation zwischen den regionalen Kassen festzustellen; diese ist zwar geringer ausgeprägt als bei Betrachtung inkl. Bundeskassen, jedoch immer noch deutlich (zwischen 400 und 553 Euro).

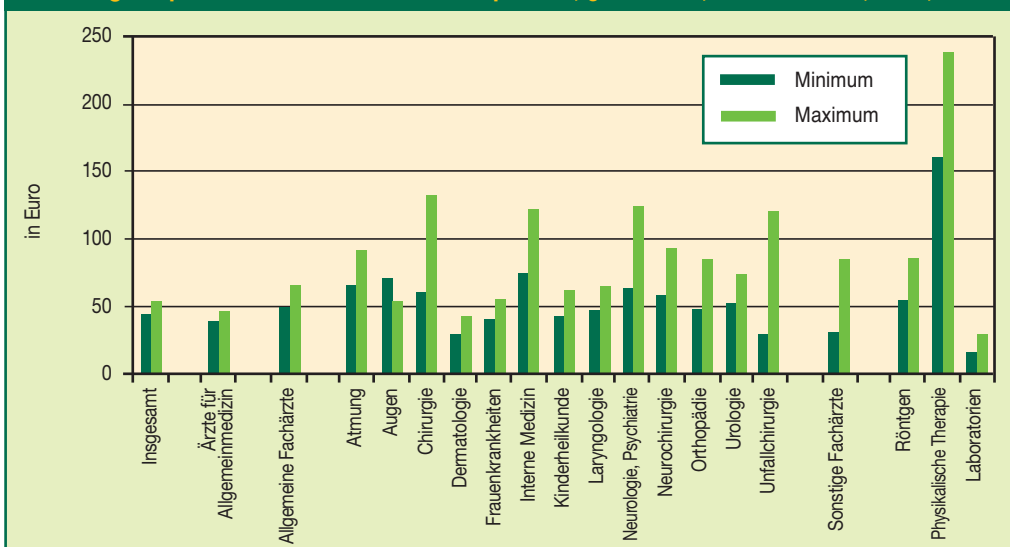
Abbildung 6: Spannweite der Kopfquoten in der sozialen Krankenversicherung (Ausgaben pro direkt Versichertem), alle Krankenversicherungsträger, 2006, in Euro



Anmerkungen: Anstaltspflege = Verpflegskosten und sonstige Leistungen sowie Überweisung an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.

Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger 2007, eigene Darstellung 2008.

Abbildung 7: Spannweite der Arzthonorare pro Fall, §2-Kassen, Bundesländer, 2006, in Euro



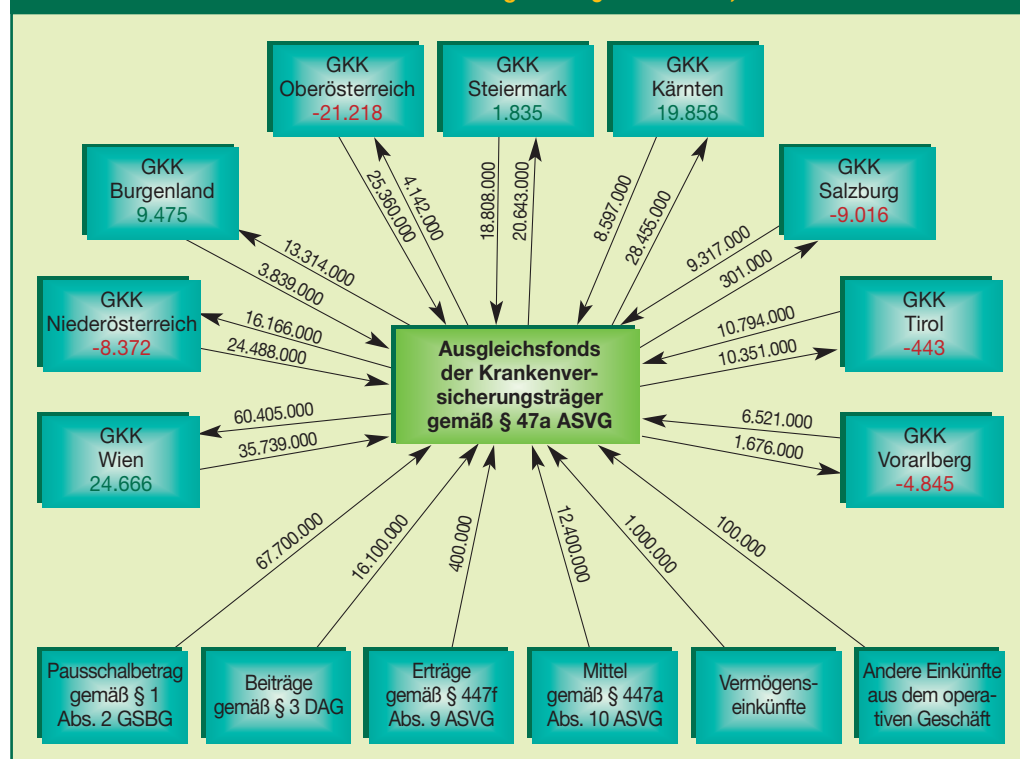
Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Darstellung 2008.





Abbildung 7 zeigt die Spannweite der Ärzthonorierung pro Fall in den §2-Kassen pro Bundesland. Es ergeben sich pro Fachgruppe sehr unterschiedliche Kosten, deren Spannweite bisweilen so hoch ist, dass der epidemiologische Hintergrund nicht als Erklärung ausreicht, sondern eher die nicht vor allem an der Kostenstruktur der Leistungen orientierten Honorarordnungen, die entsprechend starke Abweichungen aufweisen, die Ursache sein könnten. Diesen Umstand kritisierte bekanntlich auch der Rechnungshof.

Abbildung 8: Finanzströme des Ausgleichs fonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG, 2006



Quelle: Handbuch der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2007, eigene Darstellung 2008.

Um eine ausgeglichene Gebarung bzw. ausreichende Liquidität aller Gebietskrankenkassen sicherzustellen, wurde beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger der sogenannte Ausgleichs fonds der Gebietskrankenkassen eingerichtet, der allerdings lediglich zwei Prozent der Mittel umfasst. Dieser wird primär aus Beiträgen der Gebietskrankenkassen¹³ (knapp 60 Prozent, 2006) und einem Pauschalbeitrag nach dem Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz – GSBG (28 Prozent, 2006) gespeist, vgl. Abbildung 8. Im Jahre 2006 wurden rund 155 Millionen Euro (oder 64 Prozent der gesamten Erträge des Ausgleichs fonds gemäß § 447a Abs. 6 ASVG) den Gebietskrankenkassen überwiesen. Die meisten Mittel flossen an die GKK Wien (39 Prozent), die GKK Kärnten (18 Prozent) und an die GKK Steiermark (13 Prozent).

Fazit

Fazit

Die Verbuchungskonventionen der einzelnen Bundesländer erschweren eine vergleichende Analyse. Eine Haushaltsrechtsreform mit mehr Einheitlichkeit wäre wünschenswert. Es zeigt sich aber, dass Gesundheit einen wesentlichen Budgetposten der Länder ausmacht. Anders als durch die Einführung der Landesgesundheitsfonds intendiert, fließen weiter erhebliche Mittel an diesen vorbei an die Spitäler.

In der Finanzierung des österreichischen Spitalssektors sind sowohl die Transparenz als auch *accountability* schwach ausgeprägt. Das Zusammenführen der Mittel auf Bundeslandebene er-

¹³ Beiträge in der Höhe von zwei Prozent der Beitragseinnahmen der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a Abs. 4 ASVG.





folgt nicht hinreichend patientenorientiert und führt somit bereits zu einer geographischen Fragmentierung innerhalb des Spitalssektors. Die allokativen Effizienz leidet unter der Trennung des Leistungseinkaufs des stationären und ambulanten Bereichs, hoher Regulierung und wenig Wettbewerb auf Seite der Leistungseinkäufer und -erbringer. Das LKF-System ist nicht völlig kostendeckend, aber mit einem Fixkostenanteil ausgestattet, und setzt daher verzerrende Anreize, wie z. B. fixkostenintensive Leistungen zu bevorzugen und die LKF-Punkte auch am Patientennutzen vorbei zu maximieren. Die technische Effizienz gestaltet sich als suboptimal: Jedes sich ergebende Defizit wird letztlich über die Betriebsabgangsdeckung bzw. den Rechtsträgeranteil beglichen. Dadurch erfolgt letztlich auch keine leistungsgerechte und an den Patientenbedürfnissen orientierte Abgeltung. Ebenso wird die Bundesländergrenzen überschreitende Leistungserbringung durch die prospektive Budgetierung auf Landesebene behindert. Qualitätsinformation steht praktisch nicht zur Verfügung und wird auch kaum systematisch erhoben.

Im Vergleich zum stationären Sektor ist die Finanzierung des ambulanten Sektors durch die Sozialversicherung von einer höheren Transparenz und *accountability* geprägt, auch wenn es hier ebenfalls Verbesserungspotenzial gibt. Die rechtliche Grundlage ist historisch gewachsen und bedingt eine recht komplizierte Trägerstruktur. Aufgrund des Bestehens von regionalen und berufsgruppenspezifischen bundesweit tätigen Krankenkassen ohne Wettbewerb kommt es zu einem unzureichenden *pooling* der Risiken und Einkommensgruppen. Dies beeinträchtigt die Finanzierungs- und Bedarfsgerechtigkeit. Der Einkauf erfolgt zu wenig strategisch, was sich an den großen Unterschieden im Honorarbereich zeigen lässt. Hierfür lassen auch die sehr engen Grenzen der Sozialversicherungsgesetze zu wenig Spielraum. In Hinblick auf Informationen bezüglich Effizienz und Qualität im Kassenbereich könnte mehr getan werden, ebenso im Bereich der „Konsumentenbeteiligung“¹⁴, welche in Abwesenheit von Wettbewerb umso bedeutender ist.

Reformgeschehen in Österreich und Europa unter dem Blickwinkel der „Finanzierung aus einer Hand“

Die hier ausgewählten Länderskizzen geben Beispiele für die internationale Ausgestaltung der Funktionen der Gesundheitsfinanzierung. In Deutschland und den Niederlanden stand vor dem Hintergrund eines wettbewerblich gestalteten Systems verbessertes *pooling* im Vordergrund der Reformbemühungen. In England geht es vor allem um den „strategischen Einkauf“ von Leistungen in einem System ohne primären Versicherungswettbewerb und wie trotz dessen Fehlen Effizianreize gesetzt werden können.

Die Ausgangslage der jüngsten Reformen in Deutschland und den Niederlanden

Die Ausgangslage für die jüngsten Reformen wies in Deutschland und den Niederlanden eine gewisse Gemeinsamkeit auf. In beiden Ländern herrschte seit geraumer Zeit die Vorstellung, dass das historisch gewachsene Sozialversicherungssystem mit einer unterschiedlichen Mischung von staatlichen und privaten Kassen Vorteile aufweist, die nicht aufgegeben, sondern vielmehr durch effizienzsteigernde Elemente verbessert werden sollten. Dementsprechend hat die Bewahrung oder Verbesserung des Solidargedankens in diesen Systemen hohen Stellenwert. Allerdings wurde und wird in beiden Ländern Wettbewerb zwischen den Krankenkassen als wesentliches Element für Effizienzverbesserungen angesehen. Daher bestand in beiden Ländern bereits vor der jüngsten Reform ein Mechanismus für den Risikostrukturausgleich (RSA), der jedoch noch weiter entwickelt werden musste. Abgewickelt wird der RSA mithilfe eines zentralen Fonds, der in Holland bereits besteht und in Deutschland mit 1. Jänner 2009 verwirklicht werden wird.

Die Ausgangslage der jüngsten Reformen in Deutschland und den Niederlanden

14 vgl. Czipionka T., Kraus M., Riedel M., Röhrling G., Walch D.: Konsumentenschutz im Gesundheitswesen: Internationale Betrachtungen für eine neue Rolle der Sozialversicherung. Projektbericht. IHS 2007.





In beiden Ländern bestand Versicherungspflicht in sozialen bzw. gesetzlichen Kassen für Personen unter einer bestimmten Einkommensgrenze und in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus. Über der Einkommensgrenze bestand in Deutschland die Möglichkeit, eine private statt einer gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen. In den Niederlanden war dies sogar vorgeschrieben; soziale Kassen blieben reicheren Personen verwehrt, was insbesondere dann zu Problemen führt, wenn sich die Einkommenssituation verschlechtert, wie für viele Personen beim Eintritt in den Ruhestand.

In den Niederlanden bestand seit den 1960er-Jahren neben dem ZFW-Bereich (Ziekenfondswet), also den gesetzlichen Krankenkassen, der für alle verpflichtende ABWZ-Bereich (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), ursprünglich zuständig für länger dauernde und kostspielige stationäre Versorgung und Pflege. Als dritter Bereich besteht die Möglichkeit, in den ersten beiden Bereichen nicht abgedeckte Risiken privat zu versichern. In Deutschland wurde erst 1994 die separate Schiene der für die Finanzierung von Langzeitpflege zuständigen Pflegeversicherung eingeführt, und zwar als Pflichtversicherung für gesetzlich und privat Versicherte.

Gemeinsame Reformmerkmale

Die jüngste Reform in den Niederlanden (2006) und Deutschland (2007) weist eine Reihe von gemeinsamen Merkmalen auf:

- ◆ Ein großer Teil, aber nicht die gesamte Bevölkerung genoss Krankenversicherungsschutz; es wird daher nun eine Versicherungspflicht für alle Einwohner eingeführt.
- ◆ Das historisch gewachsene Nebeneinander von privaten und sozialen Krankenversicherungen soll einheitliche Rahmenbedingungen erhalten, die zudem Probleme der Leistbarkeit von privaten Krankenversicherungsprämien minimieren.
- ◆ Private und gesetzliche Krankenversicherungen werden stärker zusammengeführt bzw. in Wettbewerb gestellt. Während allerdings im Rahmen der Versicherungspflicht für akute Leistungen (ZFW) die holländische soziale Krankenversicherung nahezu abgeschafft wurde und alle Versicherungen unter Privatrecht gestellt wurden, müssen in Deutschland nun auch die privaten Kassen einen „gesetzlichen“ Basistarif anbieten, der allen offensteht.
- ◆ Die Patientenorientierung soll gestärkt werden, allerdings bedeutet dies auch höhere Selbstverantwortung für die Versicherten.
- ◆ Schlussendlich sollen Schritte der Modernisierung und Effizienzsteigerung gesetzt werden, die die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems unterstützen.
- ◆ Wettbewerb der Versicherungen, aber auch der Anbieter soll diese Effizienzsteigerung bewerkstelligen, allerdings ist insbesondere in Holland, aber auch in Deutschland die Implementierung des Versicherungswettbewerbs bereits sehr viel weiter gediehen als jene des Anbieterwettbewerbs.
- ◆ Notwendige Voraussetzungen hierzu sind ein verbesserter, nämlich morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen, ein zentraler Ausgleichsfonds für dessen Abwicklung und eine verbesserte Honorierung der Anbieter.

Der lange Weg zum Reformziel

In beiden Ländern war die jüngste Reform eine weitere Etappe in einer bereits seit längerem eingeschlagenen Richtung. Insbesondere die Niederlande machen klar, welch langen Atem die Gesundheitspolitik für eine grundsätzliche Strukturveränderung benötigt: Wesentliche der von der Reform 2007 angepeilten Ziele werden bereits seit dem sogenannten Dekker-Plan von 1986/87 – wenn auch nicht in jeder Phase seither geradlinig – verfolgt. Allerdings gingen offizielle Berichte damals von einer möglichen Verwirklichung der Reform innerhalb von vier Jahren aus.

Risikostrukturausgleich (RSA)

Die Niederlande zählen international zu jenen Staaten, in denen die Entwicklung eines national angewandten RSA am weitesten gediehen ist. Nicht zuletzt aufgrund der holländischen Erfahrungen ist man heute übereinstimmend der Ansicht, dass – wenn überhaupt – nur ein morbiditätsorien-

Gemeinsame
Reformmerkmale

Der lange Weg
zum Reformziel





tierter RSA in der Lage ist, Risikoselektion im gewünschten Ausmaß zu verhindern. Leicht beobachtbare Merkmale wie Alter und Geschlecht der Versicherten liefern nur einen relativ bescheidenen Erklärungswert.

In Vorbereitung für den deutschen MorbiRSA wurden unterschiedliche RSA-Verfahren auf einen deutschen Datensatz angewandt und zeigten ein R2 von 6 bis 24 Prozent,¹⁵ obwohl die fortgeschrittensten Varianten bereits Morbiditätsmaße berücksichtigten. In Deutschland (ab 2009) und in den Niederlanden wurden unterschiedliche Formen eines morbiditätsorientierten RSA eingeführt. In Holland werden pharmazeutische (PCGs) und diagnostische (DCGs) Kostengruppen herangezogen, der deutsche MorbiRSA baut auf 80 Krankheitsgruppen bei Berücksichtigung von Schweregraden¹⁶ auf. Obwohl die Niederlande bereits über umfangreiche Erfahrungen mit einem RSA verfügen, werden die durch ihn geleisteten Ex-ante-Zahlungen durch Ausgleichszahlungen ex post für sehr teure Patienten ergänzt.

... und wo bleibt die Reform der Angebotsstruktur?

In Holland wie in Deutschland ist eine umfassende Reform der Krankenversicherungen bereits in einer Form implementiert, die die gesamte Bevölkerung betrifft. Für die Reform der Angebotsstruktur trifft dies in weit geringerem Ausmaß zu, obwohl auch hier bereits Reformen eingeleitet sind: In beiden Ländern läuft die Umstellung der Krankenhaus honorierung auf Fallpauschalensysteme, und auch die Honorierung für ärztliche Leistungen wird umgestaltet. Die neuen Honorierungsstrukturen sollen auch neue Angebotsformen erlauben, mit denen u. a. auf eine integrierte Versorgung insbesondere chronisch Kranker abgezielt wird. Diese Bemühungen sind in Deutschland etwas weiter gediehen als in den Niederlanden.

Das GKV Modernisierungsgesetz 2004 stellt die Weichen für die Einführung von Verträgen zur integrierten Versorgung und von Hausarztmodellen, das Wettbewerbs-Stärkungsgesetz 2007 bekräftigte die Verpflichtung des Angebots von Hausarztmodellen, und seit 2004 bestehen auch medizinische Versorgungszentren als neue Versorgungsform. Laut SGB V § 95 Abs. 1 Satz 2 sind „medizinische Versorgungszentren [...] fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte [...] als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“. Sie zielen auf medizinische Versorgung aus einer Hand ab, also auf eine enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten und eine gemeinsame Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie. Es sollen auch sonstige Leistungserbringer, zum Beispiel ambulante Pflegedienste oder Therapeuten, in die Versorgung eingebunden werden, um eine bessere Verzahnung der einzelnen Teilschritte der Versorgungskette zu erreichen.

Somit sollen die Medikationen besser abgestimmt und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Medizinische Versorgungszentren stehen in der Tradition der ostdeutschen Polikliniken, die einen vergleichbaren Versorgungsansatz verfolgten. In Hausarztmodellen verpflichten sich die Versicherten freiwillig für mindestens ein Jahr, bei gesundheitlichen Problemen zuerst ihren Hausarzt (und nicht gleich einen Facharzt) aufzusuchen. Ziel ist es, Hausärzte zu Lotsen im Gesundheitssystem zu machen. Die Modelle sollen unter anderem eine höhere Versorgungsqualität gewährleisten (z. B. Mehrfachuntersuchungen und Arzneimittelunverträglichkeiten reduzieren) und die Koordination zwischen Haus- und Fachärzten verbessern.

Ausgelöst durch die Wartelistenproblematik, schwenkte die holländische Gesundheitspolitik ab 2000 in Richtung pro zusätzliche Anbieterformen um. Als neue Angebotsform für fachärztliche Versorgung sind unabhängige Behandlungszentren entstanden. Die meisten können als selbständige, auf ein Fach spezialisierte Ärztecen­ter charakterisiert werden, die vor allem elektive und häufige Routinebehandlungen durchführen.

Die häufigsten Fächer sind hierbei Dermatologie und Augenheilkunde. Viele Center kooperieren mit Spitälern (z. B. arbeiten Ärzte in beiden Settings, aber Spitäler treten aus Wettbewerbsgründen auch als Betreiber von Centern auf). Voraussetzungen für die bislang erfolgreiche Einführung waren gesetzliche Änderungen für Gesundheitsanbieter 2006, die Liberalisierungen gegenüber Spitälern bewirkten (z. B. sind nun auch Aufnahmen mit Übernachtung erlaubt), und die nunmehr

... und wo bleibt die Reform der Angebotsstruktur?

15 Vgl Reschke et al. 2005

16 Vgl. Bundesversicherungsamt 2008.





... und was kann Österreich daraus lernen?

attraktivere Entlohnung für Fachärzte über DTCs¹⁷, was sie in einen Preiswettbewerb mit den Krankenhäusern versetzt. Es gibt bereits zirka doppelt so viele Center wie Allgemeinspitäler. Center sind meist klein und haben in der Regel ein bis zu fünf Beschäftigte (Vollzeitäquivalente).¹⁸

... und was kann Österreich daraus lernen?

Gesundheitspolitik braucht einen langen Atem, wie die inzwischen 20-jährige holländische Geschichte der Umsetzung einer einheitlichen Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung zeigt. Die Autoren des letzten holländischen HiT-Berichtes¹⁹ argumentieren, dass die Diskrepanz zwischen angekündigtem (4 Jahre) und tatsächlichem Zeitplan jedoch notwendig war, um die Reform überhaupt in Gang zu setzen. Wäre zu Beginn ein realistischer Zeitplan vorgelegt worden, hätten weder auf Wiederwahl hoffende Politiker noch die Bevölkerung das Reformvorhaben unterstützt.

Mit dem Ziel, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu schärfen, legten die Gestalter der jüngsten Reform beider Länder Wert auf Selbstbeteiligungen, die Niederländer zusätzlich auf Bonusmodelle und einen hohen sichtbaren „Pauschalpreis“ für die Gesundheitsvorsorge. Das 2006 in Holland ursprünglich umgesetzte Bonusmodell für geringe Inanspruchnahme wurde allerdings schon wieder durch verpflichtende Selbstbehalte ersetzt, und auch Deutschland hatte ja bereits in einer früheren Reformetappe nur kurzfristig Bonusmodelle eingesetzt. Bei der Beurteilung des „Pauschalpreises“ für die Gesundheitsvorsorge ist zu berücksichtigen, dass rund zwei Drittel der Haushalte aufgrund ihrer Einkommenssituation Zuschüsse bekommen. Auch wenn Kostenbewusstsein auf Seiten der Versicherten die Effizienz verbessert, müssen bei der Bewertung der dazu gesetzten Anreize auch die Abwicklungskosten berücksichtigt werden.

Trotz der bereits langjährigen Erfahrungen mit Rahmenbedingungen für einen Versicherungswettbewerb, der zu Effizienz statt Risikoselektion auf Seiten der Versicherungen führt, sind selbst in Holland immer noch nicht alle Ansatzpunkte für Letzteres ausgemerzt. Dies betrifft zum einen den Ex-ante-RSA-Mechanismus per se, der noch immer nicht so ausgestaltet ist, dass der Gesetzgeber auf einen Ex-post-Ausgleich für kostenintensive Patienten verzichten kann. Zum anderen gibt es eine Reihe weiterer problematischer Regelungen. Für das Basispaket im Rahmen der Versicherungspflicht besteht zwar Kontrahierungszwang, nicht aber für Zusatzleistungen. Da viele Versicherte beide Pakete bei einem Versicherer abschließen möchten, bietet dies einen Ansatzpunkt zur Selektion. Dieser ist umso bedeutender, als 93 % der Bevölkerung Zusatzverträge abgeschlossen haben. Auch die Möglichkeit, Rabatte über Gruppenverträge zu erzielen, kann Risikoselektion induzieren.²⁰ Von Deutschland, wo das neue System erst 2009 in Kraft tritt, können naturgemäß noch keine Erfahrungen vorliegen. Es wird jedoch kritisiert, dass die Möglichkeit der Kassen, einen Zusatzbeitrag einzuheben, die Risikoselektion herausfordert: Die Begrenzung des Zusatzbeitrags auf acht Euro bzw. ein Prozent des Einkommens verleitet zur Bevorzugung reicherer Personen, und die Beschränkung auf Versicherte macht Versicherungsnehmer mit Mitversicherten unattraktiver. Zudem ist die Abwicklung der Zusatzbeiträge teuer, man rechnet mit 2,50 Euro Einzugskosten je Versicherten und Beitragsmonat.

In beiden Ländern lag der bisherige Reformfokus auf Seiten der Versicherungen, erst in den letzten Jahren rückte der Bereich der Anbieter in den Mittelpunkt. Auch in Deutschland, wo diese Bemühungen mindestens seit 2004 laufen, sind die Erfolge noch recht bescheiden. Es nehmen noch keine 4.500 Ärzte an MVZ-Modellen²¹ teil, in Deutschland arbeiten aber rund 100.000 Ärzte. Für März 2008 meldet die Kassenärztliche Bundesvereinigung 3.247 angestellte Ärzte und 1.198 Vertragsärzte in MVZ-Modellen. Den Sachverständigenrat (2007) kann der Zwischenstand der IV wenig zufriedenstellen, da der Durchbruch zu einer effektiveren oder effizienteren Versorgung noch

17 Die holländische Variante von Fallpauschalen, Diagnostic Treatment Combinations (DTCs), setzt prospektiv Beträge pro Behandlungsepisode fest. Für 20 % (2008, zuvor 10 %) der ca. 30.000 DTCs können Versicherungen und Spitäler die Preise frei verhandeln und selektiv kontrahieren. Man arbeitet außerdem daran, die noch als weit zu hoch angesehene Zahl an DTCs auf angepeilte 3.000 zu senken.

18 Vgl. Maarse, Hans: Independent treatment centers in the Netherlands. Health Policy Monitor, April 2008.

19 Health Systems in Transition: Netherlands. European Observatory 2004.

20 Vgl. zur Kritik Enthoven Alain C., Wynand P. M. M. van de Ven: Going Dutch – Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. NEJM 13 Dec 2007. p.2421–2423. Bartholomé Yvette; Maarse Hans: Health insurance reform in the Netherlands, Eurohealth Vol 12 No 2, 7-9, 2006.

21 Vgl. <http://www.kbv.de/koop/8791.html>





nicht erreicht wurde. Auch die Hausarztmodelle sind zahlreicher Kritik ausgesetzt, da sie nach bislang vorliegenden Auswertungen weder zu einer geringeren Inanspruchnahme von Fachärzten oder geringeren Ausgaben je Versicherten geführt noch nach dem Urteil der Patienten deren Versorgung verbessert haben.²⁰

Berichte über die Erfolge oder Misserfolge der noch jüngeren holländischen Behandlungscenter liegen uns noch nicht vor; aus österreichischer Perspektive ist bezüglich ihrer Bewertung jedoch die völlig unterschiedliche Zielsetzung zu beachten: Sie sollen helfen, die langen Wartelisten hinsichtlich einer Spitalsbehandlung auf kostengünstige Weise zu verkürzen, während in den deutschen Modellen Kostendämpfung und/oder bessere Versorgungsqualität gegenüber einer Ausweitung des Angebots die vorrangigen Argumente waren.

Der englische Patient: mehr Wettbewerb unter Anbietern

Der *National Health Service (NHS)* im Vereinigten Königreich ist bekannt für seine große Zahl an Reformmaßnahmen. Allerdings bringen es auch viele dieser Reformen nur auf eine geringe Lebensdauer nach Einführung oder Umsetzung. Hier soll der Fokus auf jene der jüngeren Maßnahmen gelegt werden, die das „*purchasing*“ betreffen, also den Einkauf der Leistungen. Dieses Thema betrifft insbesondere die Einführung des *Practice Based Commissioning*, die aber nicht losgelöst von einigen weiteren Reformen gesehen werden kann:

- 1991: Hausärzte (*General Practitioners – GPs*) werden *Fundholder*.
- 1998: *Primary Care Groups* lösen *Fundholder* ab.
- 2002: *Primary Care Groups* werden *Primary Care Trusts (PCTs)*.
- ab 2004: Einführung des *Payment by Results (PbR)* für Spitäler.
- 2005: *Practice Based Commissioning (PBC)*.

Im Jahr 2002 wurden **Primary Care Trusts (PCTs)** eingeführt. PCTs sind die lokalen gesetzlich vorgesehenen Organisationen, die im NHS verantwortlich zeichnen für die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands, für die medizinische Primärversorgung und für die Auftragsvergabe (*commissioning*) sekundärer und tertiärer Leistungen für die Bevölkerung des jeweiligen Einzugsbereichs, durchschnittlich rund 400.000 Personen. Die Absicht war, mit den PCTs mächtige lokale Einkäufer zu schaffen, die zwar in der Primärversorgung verwurzelt, aber passend positioniert sind, um eine Integration von primärer Gesundheitsversorgung, sozialen Diensten und Krankenhausversorgung herbeizuführen.²¹ Mittlerweile werden diese selbst einem Benchmarking unterzogen.²²

Im April 2005 wurde eine Regelung eingeführt, nach der PCTs einen Teil ihrer *Commissioning*-Funktion an Allgemeinmediziner (*General Practitioners, GPs*) abgeben können: **Practice Based Commissioning (PBC)**. Damit erhalten teilnehmende Praxen ein Pauschalbudget für die bei ihnen eingeschriebenen Patienten, aus dem sie nicht nur ihre eigenen Leistungen bestreiten müssen, sondern auch einen Katalog von Leistungen, zu denen sie überweisen. Das Modell 2005 ist im Wesentlichen eine Rückkehr zum **GP-Fundholding-Modell** der frühen 1990er-Jahre, das allerdings nach den Wahlen von der Labour-Regierung mit dem Kritikpunkt abgeschafft worden war, das NHS-System nicht auf ein zweigeteiltes System von *Fundholdern* und *Nicht-Fundholdern* aufbauen zu wollen.

Auch im Modell 2005 wird nicht verlangt, dass alle Praxen sofort teilnehmen, sondern Praxen sollen in ihrem eigenen Tempo in das neue System hineinwachsen können, schlussendlich soll das System aber flächendeckend werden. Die Motivation für diesen Reformschritt liegt – wie bereits beim Vorgängermodell – in der Erwartung, dass praktische Ärzte bessere Verträge mit anderen Gesundheitsdienstleistern abschließen können, was gemeinsam mit einem zielgerichteteren Überweisungsverhalten die Effizienz der Versorgung verbessern soll.

Obwohl die Praxen ein kalkulatorisches Budget erhalten, bleiben im PBC die PCTs formal für die fachärztliche Versorgung verantwortlich. Gelingt es dem GP, durch effizientere Versorgung einen

Der englische Patient: mehr Wettbewerb unter Anbietern

20 Vgl. Jan Böcken, Gesundheitsmonitor 2007, Bertelsmann Stiftung

21 Department of Health (2001). Shifting the balance of power within the NHS: securing delivery.

22 Siehe Health System Watch III/2008.





Was sind die britischen Erfahrungen mit PBC?

Gewinn zu erwirtschaften, wird dieser zwischen seiner Praxis und dem PCT geteilt, wobei der GP einen Anteil von bis zu 70 % erhält. Überschüsse sind wieder in die Patientenversorgung zu investieren, beispielsweise in eine Praxisausstattung, die eine breitere Versorgung erlaubt. Die Budgets sind in dem Sinne nicht strikt, als sie nicht auf ein einzelnes Jahr, sondern auf eine Dreijahresperiode bezogen sind, innerhalb deren die Praxis ausgeglichen bilanzieren soll. Gelingt dies jedoch nicht, kann ein GP von der Teilnahme an diesem System ausgeschlossen werden. GPs erhalten eine Anreizzahlung für die Teilnahme am Fundholding-System, u. a. kann Oliver (2006) daher bereits von einem hohen Anteil an Teilnehmern berichten.²⁵

Was sind die britischen Erfahrungen mit PBC?

Das Modell 2005 ist im Wesentlichen eine Rückkehr zum *GP-Fundholding-Modell* der frühen 1990er-Jahre. Diese Rückkehr verwundert insofern, als aus dem ersten Durchgang mit diesem Modell keine besonders überzeugende Evidenz für die effizienzsteigernde Wirkung vorliegt.²⁶ Dennoch ist eine Labour-Regierung zu einem sehr ähnlichen Modell zurückgekehrt wie jenem, das 1997 von der damals neuen Labour Regierung abgeschafft worden war.

Bis August 2006 hatten 74 % der GP-Praxen in England die Anreizzahlung akzeptiert und waren somit Teilnehmer am PBC-System. Im Juli 2006 wurde berichtet, dass einzelne PCTs durch die Systemänderung prognostizierte Einsparungen von je rund einer Million Pfund erzielen, die wiederum in Maßnahmen zur besseren Patientenversorgung zu reinvestieren sind.²⁷ Aus der von der Regierung veröffentlichten Information geht hervor, dass Allgemeinpraxen im neuen System in einzelnen Landesteilen die Überweisungen in Krankenhäuser um 25 % bis 33 % gekürzt hätten. Diese Rückgänge bezögen sich auf nicht notwendige Spitalsüberweisungen, wobei die Beurteilung dieser (Nicht)notwendigkeit nicht klar ist und generell beklagt wird, dass die zugängliche Information über die Erfolge des neuen Systems recht spärlich sei.²⁸

Da erst wenig Evidenz über die erneute Einführung des Fundholding vorliegt, ist es wert, sich mit den Erfahrungen aus der ersten Einführung zu beschäftigen. Smith et al. (2004) finden nur wenig Einfluss auf Überweisungen in die sekundäre Versorgung, allerdings bessere Responsiveness wie kürzere Wartezeiten und bessere Information über den Behandlungsverlauf. Den größten Einfluss orten sie jedoch im Bereich der Primärversorgung selbst, beispielsweise durch den Ausbau der dort geleisteten Dienste, neue Formen von Peer Review, Qualitätssicherung und Zusammenarbeit zwischen Praxen sowie den Aufbau von Alternativen zur Spitalsbehandlung. Diese Erfahrung zeigt, dass finanzielle Anreize das Verschreibeverhalten durchaus beeinflussen können.

Greener und Mannion (2006) geben zu bedenken, dass die Einführung des Fundholding zwar zu höherem Kostenbewusstsein in den Praxen geführt hat. Allerdings kehrten die Wachstumsraten bei Verschreibungen etc. durch Fundholder bald zu jenen der Nicht-Fundholder zurück. Offenbar standen den Vorteilen des Fundholding jeweils Nachteile gegenüber: Die Verantwortung der GP für Commissioning reduzierte Wartezeiten bei elektiven Eingriffen, brachte aber ein zweigeteiltes System. Die zusätzliche administrative Verantwortung und die Transaktionskosten gingen offenbar zu Lasten der für Patienten verfügbaren Zeit und brachten höhere Unzufriedenheit. Schließlich kann ein für Überweisungsleistungen verfügbares Budget zwar Einsparungen bringen, diese sind aber begrenzt.

In der Neuauflage ändert sich wenig Substanzielles, einige Änderungen sind aber erwähnenswert. Ein Teil der damals erzielten Einsparungen stammte aus einem erhöhten Anteil von Generika unter den Verschreibungen; dass aus dieser Quelle weitere günstige Effekte gewonnen werden können, ist unwahrscheinlich. Die geringe Praxisgröße dürfte oft ein Hemmschuh für die Nutzung der theoretischen Effizienzvorteile sein. Zusammenarbeit zwischen Praxen könnte hier helfen, ein Be-

25 Oliver, Adam (2006), Developing Practice-Based Commissioning. Health Policy Monitor, October 2006. Available at <http://www.hpm.org/survey/uk/a8/2>

26 Vgl. z. B. Smith J., Mays N., Dixon J., Goodwin N., Lewis R., McLelland S., et al. (2004), A review of the effectiveness of primary care-led commissioning and its place in the NHS. London: Health Foundation; Greener, Ian, Mannion, Russell (2006), Does practice based commissioning avoid the problems of fundholding? BMJ 333; 1168-1170, Oliver, Adam (2005), Empowering GPs: a return to fundholding. Health Policy Monitor, March 2005. Available at <http://www.hpm.org/survey/uk/a5/1>

27 Oliver (2006), op. cit.

28 Oliver, Adam (2007), Developments in practice-based commissioning. Health Policy Monitor, April 2007. Available at <http://www.hpm.org/survey/uk/a9/1>





wusstsein dafür dürfte inzwischen durch die Arbeit in Primary Trusts auch entstanden sein. Die Hoffnung, dass Überschüsse in die Entwicklung neuer Services gesteckt werden, dürfte durch Kapazitätsengpässe begrenzt sein. Generell ist damit zu rechnen, dass im neuen System (wenn überhaupt, dann) eher große Praxen den organisatorischen Aufwand effizienzsteigernd bewältigen können, aber selbst hier wird geringere Patientenzufriedenheit befürchtet. Als Schlussfolgerung wird prophezeit, dass man ebenso wie bei der Bewältigung der Probleme des Fundholdings wieder auf Zusammenarbeit von Praxen wird setzen müssen.

Aus den quartalsweisen Befragungen der am PBC teilnehmenden Praxen ergibt sich mit Stichtag 28. August 2008²⁹ unter anderem, dass 46 % der Praxen angeben, als direktes Resultat von PBC mindestens eine neue Leistung unter Vertrag zu haben, aber nur 18 % der Praxen stimmen mit der Behauptung überein, dass PBC die Patientenversorgung verbessert, in vorangehenden Befragungen sogar noch weniger. Hingegen widersprechen in allen bisherigen Befragungen rund 30 % der Praxen dieser Behauptung, also generell mehr als jene, die eine Verbesserung erkennen.

Small is beautiful – but not necessarily more efficient

Erkenntnisse betreffend Einsparungsmöglichkeiten und/oder Effizienzverbesserungen in der Versorgung aus PBC und fundholding im Vereinigten Königreich, aber auch aus den deutschen MVZ sind nur in einem bestimmten Kontext nutzbar: In beiden Fällen sind relativ kleine Einheiten (gemessen an der Größe einer Krankenversicherung) diejenigen, die Verträge mit den Leistungserbringern abschließen – seien sie nun als Angestellte oder als selbständige Unternehmer in das Versorgungskonzept eingebunden. Aus dieser geringen Größe ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten für Fehleinschätzungen, wenn die Ergebnisse auf größere Versorgungseinheiten übertragen werden: Einerseits ist zu vermuten, dass die geringe Größe wenig Verhandlungsmacht eröffnet (und der Konkurrenzdruck wenig Spezialisierung auf Verhandlungsfragen zulässt), sodass möglicherweise durch „ungeschicktes“ Verhandeln Effizienzpotenziale ungenutzt bleiben oder sich im Extremfall sogar kontraproduktiv auswirken.

Kritik in dieser Richtung wurde bereits mehrfach für das britische Fundholder- bzw. Commissioning-Modell geäußert, da sich die Transaktionskosten erhöhen,³⁰ welche aufgrund des zunehmenden Informationsbedarfs für den strategischen Einkauf weiter steigen. Diagnosespezifisch spezialisierte MVZ können unter Umständen Reservekapazitäten freisetzen, die sich nicht auf die Versorgung breiterer Bevölkerungsgruppen übertragen lassen; insofern wären derartige Ergebnisse bei einer simplen Hochrechnung zu optimistisch.

In der Auswertung der Erfahrungen mit beiden Versorgungsformen ist zu bedenken, dass die jeweiligen Versorgungsformen als nur eine Alternative neben anderen Formen bestehen, was wiederum unterschiedliche Selektionsprozesse in Gang setzen kann, nämlich einerseits Selektion auf Patienten- bzw. Versichertenseite, andererseits auf Anbieterseite, wie sich auch bei den HMO-Modellen in der Schweiz zeigt. Auch hieraus kann eine simple Hochrechnung auf die Versorgung der breiten Masse zu Fehleinschätzungen führen – etwa eine Überschätzung der Effekte, weil insbesondere Anbieter in ein derartiges System optieren, die eben von der (nicht zuletzt finanziellen) Anreizstruktur schneller angezogen werden.

Das System der PTCs und des PBC zeigt, wie Aufgaben in einem hierarchisch geordneten System differenziert delegiert werden müssen. Das Gesundheitsministerium weist den PTCs Mittel zum Einkauf zu und kontrolliert gleichzeitig deren Leistung durch Benchmarking.³¹ So kann auch ohne echten Wettbewerb unter den Kostenträgern der Wettbewerbsgedanke verstärkt werden. Das PBC wiederum beruht auf der Delegation von Aufgaben an den Arzt, um dessen Anreiz zu stärken, das System effizient zu gestalten. Zwar überzeugt das PBC derzeit nicht, aber das System, Ärzte an Einsparungen zu beteiligen und ihnen dafür mehr Kostenverantwortung zu übertragen, erscheint interessant. Erfolgreiche Leistungsverträge können von der lokalen Flexibilität profitieren, benötigen aber das Backup größerer Einheiten.

29 vgl. <http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Commissioning/Practice-basedcommissioning/index.htm>

30 Executive Summary zu Smith et al., A review of the effectiveness of primary care-led commissioning and its place in the NHS, October 2004. Vergleiche außerdem Oliver 2007, op. cit., und Greener, Ian, Mannion, Russell (2006), Does practice based commissioning avoid the problems of fundholding? BMJ 2006; 333; 1168-1170

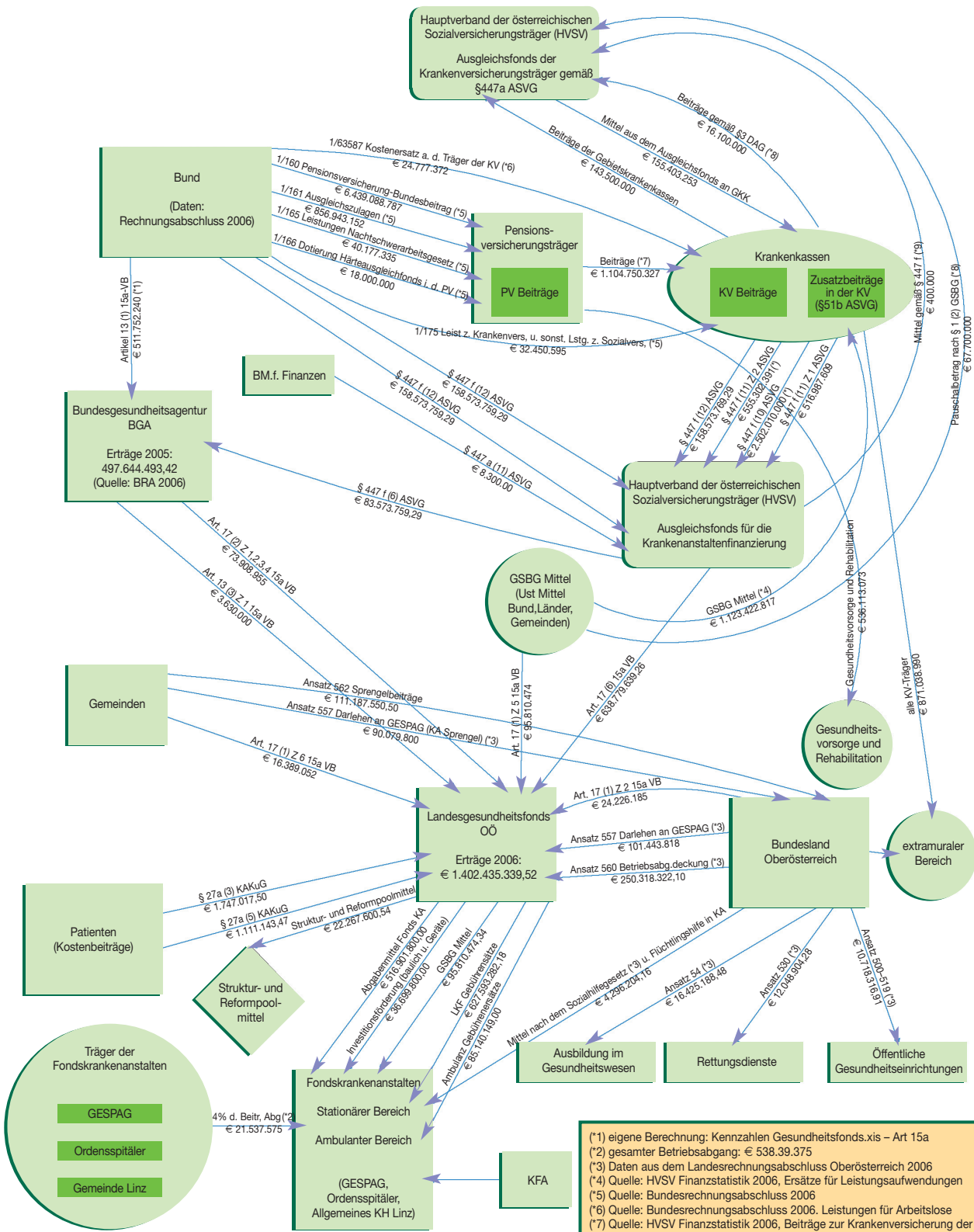
31 Der „annual health check“, eine Benchmark der Qualität und finanziellen Gebarung, siehe Health System Watch III/2008.

**Small is
beautiful – but
not necessarily
more efficient**





Abbildung 9: Finanzströme im österreichischen Gesundheitswesen, Oberösterreich, 2006



(*) eigene Berechnung: Kennzahlen Gesundheitsfonds.xis – Art 15a
 (**) gesamter Betriebsabgang: € 538.39.375
 (***) Daten aus dem Landesrechnungsabschluss Oberösterreich 2006
 (****) Quelle: HVSV Finanzstatistik 2006, Ersätze für Leistungsaufwendungen
 (*****) Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2006
 (*****) Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2006, Leistungen für Arbeitslose
 (*****) Quelle: HVSV Finanzstatistik 2006, Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten
 (*****) Quelle: HVSV: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2007

Quelle: Eigene Darstellung 2008.

