

Gabriele Halwachs-Baumann

Gesundheits- ökonomie für Mediziner

 Springer

Gesundheitsökonomie für Mediziner

Gabriele Halwachs-Baumann

Gesundheitsökonomie für Mediziner

 Springer

Gabriele Halwachs-Baumann
Medizinisch-Chemische Labordiagnostik
Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr
Steyr, Österreich

ISBN 978-3-662-68910-3 ISBN 978-3-662-68911-0 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-68911-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Lenhart

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Das Papier dieses Produkts ist recycelbar.

Vorwort

Gesundheitsökonomie und Medizin wird oft als Widerspruch verstanden. ÄrztInnen fühlen sich oft von GesundheitsökonomInnen bevormundet und in ein Korsett gezwungen. Gesundheitsreformen werden über die Köpfe der ÄrztInnen hinweg beschlossen, müssen aber von ihnen umgesetzt werden bzw. die ÄrztInnen müssen mit den von der Gesundheitsreform veränderten Rahmenbedingungen zurechtkommen. Dabei wird oft übersehen, dass ÄrztInnen nicht nur medizinisch tätig sind, sondern auch gesundheitsökonomischen Einfluss haben, auch wenn diese Tatsache oft nicht in der tatsächlichen Dimension wahrgenommen wird. Kenntnisse über „gesundheitsökonomische Auswirkungen ärztlichen Handelns“ sind zwar in der österreichischen Ärzteausbildung gefordert, werden aber in der Praxis wenig bis gar nicht vermittelt. Es war daher die Intention für das Schreiben dieses Buches, gesundheitsökonomische Überlegungen für MedizinerInnen aufzubereiten. Gesundheitsökonomie ist mehr als die oft empfundene „Einsparung“. Gesundheitsökonomische Blickweisen können dazu führen, dass MedizinerInnen sich Gedanken über ihr Tun machen, die Sinnhaftigkeit von diagnostischen und therapeutischen Interventionen kritisch hinterfragen, ohne dabei das Wohl der PatientInnen aus den Augen zu verlieren. Bedingt durch eine älter werdende Bevölkerung, durch neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und andere Faktoren werden die Kosten für das Gesundheitswesen steigen. Die Mittel stehen aber nicht unendlich zu Verfügung. Es gilt daher, sorgsam mit diesen Mitteln umzugehen. Vielleicht kann dieses Buch einen Beitrag dazu leisten.

Steyr
22. Dezember 2023

Gabriele Halwachs-Baumann

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
	Literatur.....	3
2	Gesundheitssystem in Österreich	5
2.1	Finanzierung von Spitälern.....	6
2.1.1	LKF-Modell.....	9
2.2	Finanzierung des extramuralen Bereichs.....	12
2.3	Entscheidungsgremien.....	14
2.4	Reformoptionen.....	16
	Literatur.....	17
3	Gesundheitssystem in Deutschland	21
3.1	Finanzierung von Spitälern.....	23
3.1.1	Das G-DRG-System (G-DRG: German Diagnosis Related Groups).....	25
3.2	Finanzierung des extramuralen Bereichs.....	28
3.3	Entscheidungsgremien.....	32
	Literatur.....	36
4	Gesundheitssystem in der Schweiz	39
4.1	Finanzierung von Spitälern.....	42
4.2	Finanzierung des extramuralen Bereichs.....	44
4.3	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS).....	46
	Literatur.....	46
5	Gesundheitssystem in den USA	49
5.1	Staatliche Versicherungen.....	50
5.1.1	Medicare.....	50
5.1.2	Medicaid.....	52
5.1.3	Obamacare.....	53
	Literatur.....	54
6	Ethik und Ökonomie in der Medizin	55
6.1	Begriffsdefinitionen.....	55
6.1.1	Gesundheit, Normalität, Krankheit.....	55

6.1.2	Gesundheitsökonomie, Ökonomisierung der Medizin, ökonomische Medizin	62
6.1.3	Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung, rationale Allokation.	65
6.2	Theorien im Bereich des Gesundheitswesens	70
6.2.1	Deontologie vs. Konsequentialismus	70
6.2.2	Medical Taylorism, Lean Management/Lean Thinking.	72
	Literatur.	76
7	Gerechtigkeitsüberlegungen und Priorisierung in der Medizin	79
7.1	Gerechtigkeitsüberlegungen	79
7.2	Priorisierung in der Medizin.	84
7.2.1	Individuelle Fallbeispiele	85
	Literatur.	94
8	Werkzeuge der Gesundheitsökonomie	99
8.1	Maßeinheiten für Lebensqualität im gesundheitsökonomischen Zusammenhang.	100
8.1.1	Quality-Adjusted Life Years (QALYs).	102
8.1.2	Disability-Adjusted Life Years (DALYs)	109
8.1.3	Health-Adjusted Life Expectancy (HALE)	115
8.1.4	Healthy Life Years (HLY)	117
8.1.5	Healthy Years Equivalent (HYE)	118
8.1.6	Saved Young Life Equivalent (SAVE)	119
8.1.7	Willingness to Pay (WTP)	120
8.2	Kosten.	125
8.3	Gesundheitsökonomische Evaluationsmethoden	128
8.3.1	(Behandlungs-)Kostenanalyse	128
8.3.2	Krankheitskostenanalyse (Cost of Illness Study).	130
8.3.3	Kosten-Wirksamkeits-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis)	132
8.3.4	Kosten-Nutzenwert-Analyse (Cost-Utility Analysis).	136
8.3.5	Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis).	140
8.3.6	Entscheidungsbaum, Markov-Modell und Sensitivitätsanalyse	145
8.3.7	Health Technology Assessment	151
	Literatur.	153
9	Der Arzt als gesundheitsökonomischer Akteur	161
9.1	Übersversorgung	163
9.2	Unterversorgung	177
9.3	Angebotsinduzierte Nachfrage und „moral hazard“.	184
	Literatur.	190



Sieht man sich die Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich an, so stellt man fest, dass diese im Jahr 2005 9,6 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) betragen, im Jahr 2021 bereits 12,2 %. In Euro bedeutet das, dass im Jahr 2005 24.460 Mio. € ausgegeben wurden, im Jahr 2021 49.024 Mio. €, d. h., es ist innerhalb von 16 Jahren zu einer Verdoppelung der laufenden Gesundheitsausgaben gekommen (Statistik Austria 2022). Auch wenn die Steigerung der öffentlichen Ausgaben vom Jahr 2020 auf 2021 um 15,8 % auf Beschaffungen im Rahmen der SarsCoV-2-Pandemie zurückzuführen ist (Antigen- und PCR-Testungen, Ankauf von Impfstoffen, Durchführung der Impfungen etc.), so zeigt der kontinuierliche langfristige Anstieg deutlich, dass es auch unabhängig vom pandemischen Geschehen zu stetigen Mehrausgaben im Gesundheitsbereich kommt (Statistik Austria 2022).

Dem steht gegenüber, dass das Bruttoinlandsprodukt in Österreich nicht im gleichen Ausmaß gestiegen ist; hier betrug der Anstieg von 2005 auf 2021 „nur“ knapp 60 %. Das bedeutet, dass die Schere zwischen dem Anstieg der Gesundheitsausgaben und dem Anstieg des Bruttoinlandsproduktes in den letzten Jahren, bedingt durch die Corona-Pandemie, immer weiter auseinanderklafft (Tab. 1.1).

Betrachtet man die einzelnen Bereiche, für die die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben aufgewendet wurden, dann stellt man fest, dass der Großteil auf den stationären Bereich entfällt, gefolgt vom ambulanten Bereich und den Ausgaben für pharmazeutische Produkte und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter (Tab. 1.2) (Statistik Austria 2023).

Im internationalen Vergleich liegt Österreich bei den Gesundheitsausgaben von den Ländern (in % vom BIP), für die für 2021 Daten vorliegen, mit 12,2 % an dritter Stelle. An erster Stelle liegen die USA mit 17,8 %, gefolgt von Deutschland mit 12,8 % (OECD 2023). Im Jahr 2020 betragen die Gesundheitsausgaben in den USA noch 18,8 %, in Deutschland gleichbleibend 12,8 %, und Österreich lag mit 11,4 % nach der Schweiz mit 11,7 % an sechster Stelle des OECD-Ver-

Tab. 1.1 Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts, 2005–2021, in Mio. Euro. (Eigene Darstellung nach Statistik Austria 2022)

	2005	2010	2015	2017	2019	2020	2021
Laufende Gesundheitsausgaben	24.460	30.244	35.692	38.355	41.640	43.524	49.024
Öffentliche Ausgaben	18.094	22.576	26.433	28.390	31.265	33.275	38.544
Laufende Gesundheitsausgaben in % des BIP	9,6	10,2	10,4	10,4	10,5	11,5	12,2
Bruttoinlandsprodukt (BIP)	254.075	295.897	344.269	369.362	397.519	379.321	402.711

Tab. 1.2 Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben in Mio. Euro. (Eigene Darstellung nach Statistik Austria 2023)

	2005	2020
Stationäre Gesundheitsversorgung	8160	14.894
Ambulante Gesundheitsversorgung	4524	8797
Häusliche Pflege	1572	2518
Krankentransport und Rettungsdienst	216	479
Pharmazeutische Erzeugnisse, medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	2630	4299
Prävention	396	1320
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: Staat inkl. Sozialversicherungsträger	597	968
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben insgesamt	18.094	33.275

gleichs (OECD 2023). Vergleicht man Österreich mit den USA, so ist auffallend, dass in den USA 1,7 % der Gesundheitsausgaben auf die Verwaltung entfallen, in Österreich sind es 0,5 % (OECD 2023). Sind die US-Amerikaner aufgrund der hohen Ausgaben für das Gesundheitssystem gesünder? Nimmt man die Kennzahlen Kindersterblichkeit und Lebenserwartung, so muss das klar verneint werden. In den USA liegt die Kindersterblichkeitsrate bei 6,3 Todesfällen (Wikipedia 2023) je 1000 Lebendgeburten (= 0,63 %), in Österreich bei 3,6 Todesfällen je 1000 Lebendgeburten (= 0,36 %), beträgt also etwa nur die Hälfte (Statista 2022). Bei der Lebenserwartung zeigt sich das gleiche Bild. In den USA liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer bei 74,5 Jahren, bei Frauen bei 80,2 Jahren. In Österreich liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer bei 78,9 Jahren, bei Frauen bei 83,6 Jahren (länderdaten.info 2023). In den USA wird das auf drei Faktoren zurückgeführt: 1. Anstieg der Drogentoten bedingt durch die Opioid-Krise, 2. Stagnation bei der Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 3. Übersterblichkeit bei Schwarzen und Latinos durch COVID-19, bedingt durch eine strukturelle Ungleichheit dieser Bevölkerungsgruppen im Vergleich zu den Weißen (Metha et al. 2020; Andrasfay und Goldmann 2021).

Einer der Gründe, dass in den USA die Gesundheitsausgaben nicht den Effekt einer gesünderen Bevölkerung haben, dürfte auch an der unterschiedlichen Struktur des Gesundheitssystems im Vergleich zu Österreich liegen. Bei gesundheitsökonomischen Betrachtungen von Gesundheitssystemen sind diese Unterschiede mitzubersichtigen.

Literatur

- Andrasfay T, Goldman N (2021) Reductions in 2020 US life expectancy due to COVID-19 and the disproportionate impact on the Black and Latino populations. PNAS 118(5):e20147446118
- länderdaten. info <https://www.laenderdaten.info/lebenserwartung.php>. Zugegriffen: 13. Dez. 2023
- Metha NK, Abrams LR, Myrskylä M (2020) US life expectancy stalls due to cardiovascular disease, not drug deaths. PNAS 117(13):6998–7000
- OECD.Stat, Health expenditure and financing. <https://data-explorer.oecd.org>. Zugegriffen: 12. Dez. 2023
- Statista, Europäische Union: Kindersterblichkeit in den Mitgliedstaaten im Jahr 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/810933/umfrage/kindersterblichkeit-in-den-eu-laendern/>. Zugegriffen: 12. Dez. 2023
- Statistik Austria – Die Informationsmanager, Gesundheitsausgaben. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben>. Zugegriffen: 12. Dez. 2023
- Statistik Austria: Pressemitteilung 12.831-129/22
- Wikipedia, Liste der Länder nach Kindersterblichkeitsrate. https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_L%C3%A4nder_nach_Kindersterblichkeitsrate. Zugegriffen: 12. Dez. 2023



Grundsätzlich ist festzuhalten, dass in Österreich eine Pflichtversicherung besteht, bei der die Höhe der Beitragszahlung in der sozialen Krankenversicherung unabhängig vom individuellen Risiko des Versicherten ist. Weiters können die ÖsterreicherInnen in der Regel die Krankenversicherung nicht frei wählen, wodurch die Sozialversicherungsträger nicht im Wettbewerb miteinander stehen. Nach der Strukturreform 2019 stellt sich die österreichische Sozialversicherung so dar, wie in Abb. 2.1 gezeigt.

Das System der Pflichtversicherung und die föderale Struktur des Staates erfordern ein Zusammenspiel vieler Akteure in den verschiedenen Gesetzes- und Verwaltungsebenen. So ist der **Bund** zuständig für die Gesetzgebung, z. B. Grundsatzgesetz für Spitäler, und die Vollziehung im Gesundheitswesen. Auf Basis der bundesgesetzlichen Regelung wird die Durchführung der Krankenversicherung von den **Sozialversicherungen** im eigenen Wirkungsbereich wahrgenommen. Zu diesen Aufgaben gehört die Versorgung außerhalb der Spitäler, d. h. die Bereitstellung von Vertragsleistungen im niedergelassenen Bereich, die Bereitstellung von Medikamenten und Heilbehelfen und die stationäre und ambulante Rehabilitation. Die **Länder** sind schließlich für die Erlassung von Ausführungsgesetzen für die Spitäler und deren Vollziehung zuständig. Neben dieser operativen Verantwortung für die Spitäler sind sie auch gemeinsam mit den Gemeinden für die präklinische Notfallversorgung verantwortlich. Darüber hinaus obliegen den Ländern das Erlassen von wesentlichen Gesetzen im Sozialbereich und die soziale Versorgung (inklusive Pflege und Langzeitversorgung). Zu den Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung kommen noch Gesundheitsdienstleister und deren (gesetzliche) Vertreter, Selbsthilfegruppen, karitative Einrichtungen, sowie Forschungs- und Planungseinrichtungen hinzu (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019).

Diese sehr komplexe Entscheidungsstruktur, und damit verbunden auch unterschiedliche Finanzierungssysteme, machen eine Koordination und ein gemeinsames

Dachverband		
Unfallversicherung	Krankenversicherung	Pensionsversicherung
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)	Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)	Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS)		
VA öffentlich Bedienstete, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB)		

Abb. 2.1 Die österreichische Sozialversicherung NEU

Vorgehen bei Planung, Steuerung und Finanzierung unabdingbar. Diese Zusammenarbeit mündete 2013 in der Einrichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems, das auch der Umsetzung der ab 2013 laufenden Gesundheitsreform dient. Die Basis sind innerstaatliche Staatsverträge (Vereinbarungen gemäß Artikel §15a Bundesverfassungsgesetz), die zwischen den einzelnen Akteuren geschlossen werden. Auf Bundesebene werden mittels Zielsteuerungsvertrag die gemeinsamen strategischen und operativen Ziele festgelegt. Auf Bundes- und Landesebene werden dann die Maßnahmen zur Zielerreichung für einen Zeitraum von meist vier bis fünf Jahren festgelegt. Begleitet wird der Prozess von einem regelmäßigen Monitoring hinsichtlich Zielerreichung. Diese Aufgaben werden durch die Bundesgesundheitsagentur (BGA) wahrgenommen. Diese BGA besteht aus zwei Organen, der Bundes-Zielsteuerungskommission (politische Ebene) und dem ständigen Koordinierungsausschuss (Beamtenebene). Die gleiche Struktur wird auch in den Ländern gefunden. Die Landesgesundheitsfonds haben ebenfalls zwei Organe, die Gesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission.

Ein Planungsinstrument ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG). In ihm werden Planungsaussagen zu ausgewählten Bereichen der ambulanten und akutstationären Versorgung, für die ambulante und stationäre Rehabilitation und für medizinisch-technische Großgeräte festgehalten. Der ÖSG ist der Rahmen für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG).

Die Finanzierung des Gesundheitssystems in Österreich erfolgt über drei Töpfe: 1. die einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträge, 2. Steuern und 3. Zuzahlungen privater Haushalte. Entsprechend den Verantwortlichkeiten werden mobile Dienste und Pflegeheime durch Steuern finanziert. Der intramurale Bereich wird teilweise durch Steuern, teilweise durch die Sozialversicherung finanziert. Rehabilitation, extramurale ärztliche Versorgung, Medikamente und Medizinprodukte und die extramurale therapeutische Versorgung werden durch die Sozialversicherungen finanziert.

2.1 Finanzierung von Spitälern

Die Finanzierung der Spitäler ist ein eigener, komplexer Bereich. Grundlage für die Finanzierung ist die Kostenrechnungsverordnung für landesfondfinanzierte Krankenanstalten. Darin werden die Kostenarten und die Kostenstellen definiert

und festgelegt. Den Kosten werden Einnahmen gegenübergestellt. Eine Säule der Finanzierung ist das LKF-System. LKF steht für leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung. Darin wird eine österreichweit einheitliche Bepunktung von stationären Leistungen festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit 2010). In der Broschüre „Das österreichische LKF-System“ des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahre 2010 wird festgehalten:

„Im LKF-Modell werden stationäre Aufenthalte auf Basis der in den Krankenanstalten erfassten Daten in leistungsorientierte Diagnosenfallpauschalen (LDFs) gruppiert. Dazu zählen die erbrachten medizinischen Leistungen, die festgestellten Krankheiten bzw. ICD-10-Diagnosen, das Alter und die benötigten Abteilungen im Krankenhaus. Diese bestimmen im Wesentlichen die LDFs und das zu bezahlende pauschale Entgelt.“ (Seite 24)

Weiters:

„Für jede leistungsorientierte Diagnosenfallgruppe (LDF) wird eine Fallpauschale in Form von Punkten (LDFP) ausgewiesen. Diese setzt sich aus einer Tageskomponente (TK) und einer Leistungskomponente (LK) zusammen. Bei Mehrfacherbringung in einer Sitzung (z. B. beidseitige Kataraktoperation) wird für die zusätzliche Leistung der – in der Regel reduzierte – Leistungszuschlag ausgewiesen. Jede LDF weist auch eine Belagsdauerobergrenze, Belagsdaueruntergrenze, den Belagsdauermittelwert und einen Wert für den minimalen Belagsdauerzuschlag aus.“ (Seite 29)

Nach Lehner (2008) werden jedoch nur 44,2 % der Kosten der Krankenanstalten durch die LKF-Gebühren abgegolten. Dem Jahresabschluss 2020 des Gesundheitsfonds OÖ ist zu entnehmen, dass sich dieser Prozentsatz auf 41,33 % verringert hat (Gesundheitsfond OÖ 2020). Im Gegenzug dazu hat sich die Abgangsdeckung von 38,5 % auf 40,92 % erhöht (Tab. 2.1.). Die Gesamtmittel für die Krankenhausfinanzierung (Gesundheitsfond + Abgangsmittel) werden dann entsprechend der erbrachten Leistungen aufgeteilt (LKF-Gebühren, Ambulanzgebühren, etc.) (Tab. 2.1.).

Neben der Kostenrechnungsverordnung für landesfondfinanzierte Krankenanstalten sind folgende Gesetze von Relevanz für die Finanzierung der Krankenanstalten:

- Vereinbarung gemäß Artikel §15a B-VG
- Bundesgesetz für Krankenanstalten und Kuranstalten
- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
- Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen
- Umsatzsteuergesetz
- Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz

In der Artikel-§15a-Vereinbarung ist unter anderem geregelt, dass für die Finanzierung der Landesgesundheitsfonds 0,949 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer verwendet werden müssen. Weiters ist festgelegt, dass *„die Landesgesundheitsfonds betragsmäßig so zu dotieren [sind], dass sichergestellt ist, dass zumindest 51 % der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden“ (RIS 2022).*

Tab. 2.1 Jahresabschluss 2020 des Gesundheitsfonds OÖ. (Eigene Darstellung nach Gesundheitsfond OÖ 2020)

Bund	Land	Gemeinden	Sozialversicherung	Sonstiges**	GSBG*	Abgangsmittel
4,41	1,36	0,92	43,94	2,67	5,78	40,92
107.080.750,00	33.058.679,00	22.364.246,00	1.067.187.754,00	64.944.013,00	140.301.370,00	993.758.400,00
1.434.936.812,00 Gesundheitsfond OÖ						
2.428.695.212,00 Krankenhausfinanzierung OÖ Gesamt						
1.434.936.812,00 Gesundheitsfond OÖ						
1.003.666.167,00	152.493.884,00	40.911.000,00	28.091.629,00	140.301.370,00	69.472.762,00	993.758.400,00
41,33	6,28	1,68	1,16	5,78	2,86	40,92
LKF-Gebühren	Ambulanzgebühren	Investitions-zuschüsse	Strukturmittel	Leistungen gemäß GSBG	Sonstiges***	Abgangsmittel

* GSBG: Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfegesetz

** Sonstiges enthält Beihilfäquivalente, sonstige Erträge, ausländische Gastpatienten, Auflösung von Rückstellungen etc.

*** Sonstiges enthält Versorgung Langzeitbeatmung, Aufwand Blutzentrale, Abschreibungen und Wertberichtigungen, Rückstellungen etc.

Auch die Gemeinden leisten einen Beitrag für die Finanzierung der Krankenanstalten, und zwar sind in der Jahresabrechnung des Gesundheitsfonds OÖ diese mit 0,642 % des Aufkommens der Umsatzsteuer ausgewiesen.

Neben der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF-System) besteht weiterhin die Finanzierung der Investitions- und Erhaltungskosten durch den Krankenhausträger. Es besteht also ein duales Finanzierungssystem. Eine weitere Schiene der Finanzierung ist die Abgangsdeckung durch die Länder bzw. die Krankenhausträger, wenn der Erlös durch die LKF-Punkte nicht ausreicht, um die Aufwendungen abzudecken.

Für den Spitalsambulanten Bereich wurde 2017 in den Bundesländern ebenfalls eine leistungsorientierte Finanzierung eingeführt, die die starren Ambulanzgebühren abgelöst hat und die ab 1. Jänner 2019 verpflichtend anzuwenden ist (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2023). Grundlage dieser Finanzierung ist der sogenannte Katalog ambulanter Leistungen (KAL). Dieser wurde aus den Honorarabrechnungen der Sozialversicherungsträger und den Katalogen, die in manchen Krankenanstalten im Einsatz waren, generiert.

2.1.1 LKF-Modell

Wie oben erwähnt ist die Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (LKF) eine Säule der Finanzierung von Spitälern. Dieses Modell wurde 1997 in Österreich eingeführt. Entwickelt wurde es von einem interdisziplinären Team von Medizinern, Ökonomen und Statistikern. Bei knapp drei Fünftel aller Pauschalen war die Erkrankung (Hauptdiagnose) das primäre Kriterium für die Zuordnung zur Fallpauschale, bei den restlichen zwei Fünfteln waren es die medizinischen Leistungen. Daher wird zwischen Hauptdiagnosen (HDG) und medizinischen Einzelleistungen (MEL) unterschieden, die falls notwendig noch weiter unterteilt werden, wodurch die Leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) entstanden. Das LKF-Modell unterliegt einer jährlichen Wartung und Kontrolle. Durch die Kontrolle sollen unbeabsichtigte Fehlcodierungen, aber auch „Optimierungen“ (Upcoding) erfasst und korrigiert werden. Unter Upcoding versteht man, wenn es zwischen der Hauptdiagnose im Arztbrief und kodierter Diagnose Unterschiede gibt, weil die kodierte Diagnose mehr Punkte bringt.

Der Leistungskatalog wird jährlich aktualisiert. Damit soll der medizinische Fortschritt kontinuierlich abgebildet werden. Um eine Leistung im Katalog aufzunehmen, sind bestimmte Kriterien zu erfüllen (Bundesministerium für Gesundheit 2010):

- Die Leistung ist neu (entwickelt) bzw. zur Abbildung des medizinischen Fortschritts erforderlich.
- Die Leistung ist fachlich etabliert.
- Es liegen adäquate wissenschaftliche Evidenzen vor.
- Für die Leistung besteht eine strenge medizinische Indikation.
- Leistung und Leistungseinheit sind klar definiert und gegenüber anderen Leistungspositionen abgrenzbar.
- Die Leistung ist von ökonomischer Relevanz.

Für jede LDF wird eine Fallpauschale in Form von Punkten (LDFP) ausgewiesen, die sich aus einer Tageskomponente und einer Leistungskomponente zusammensetzt. Die Tageskomponente enthält unter anderem eine Belagsdauerobergrenze und eine Belagsdaueruntergrenze. Werden diese über- bzw. unterschritten, so kommt es zu gestaffelten Zuschlägen bzw. Abschlägen. Die Fallpauschale ist von der Verweildauer unabhängig, da sie für medizinische Leistungen vergeben wird. Aufenthalte auf Intensivstationen werden gesondert bepunktet. Auch gibt es die Möglichkeit für die Abrechnung relevanter Mehrleistungen pro Aufenthalt.

Neben diesen Regelungen gibt es bestimmte Bereiche, die nicht nach der Pauschalregelung, sondern tageweise nach festgesetzten Punkten abgerechnet werden. Dazu gehören Remobilisation/Nachsorge, Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Es gibt zwei Finanzierungsbereiche im LKF-System. Zum einen den bundesweit einheitlichen Kernbereich; hier wird die Bepunktung auf Basis der LDFs festgelegt. Zum anderen den länderweise gestaltbaren Steuerungsbereich; hier werden die Mittel aus dem Landesgesundheitsfonds leistungsorientiert an die Träger der Krankenanstalten verteilt, unter Berücksichtigung besonderer Versorgungsfunktionen der Krankenanstalten. Das hat dazu geführt, dass in jedem Bundesland oft sehr unterschiedliche Systeme vorhanden sind. Unter anderem wird auf Länderebene der Punktwert festgelegt. Da der zur Verfügung stehende Betrag gedeckelt ist, wird der Punktwert weniger, wenn mehr Punkte als erwartet generiert wurden, bzw. mehr, wenn weniger Punkte generiert wurden. Auch kann Spezialkrankenhäusern ein höherer Aufwand und damit ein höherer Punktwert zuerkannt werden (Lehner 2008).

Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung verfolgten Bund und Länder folgende Ziele (Lehner 2008):

- höhere Kosten- und Leistungstransparenz,
- langfristige Eindämmung der Kostensteigerungsraten,
- Optimierung des Ressourceneinsatzes,
- kürzere Krankenhausaufenthalte und eine reduzierte Krankenhaushäufigkeit,
- Reduzierung unnötiger Mehrleistungen,
- Entlastung der Krankenhäuser durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich gerechtfertigte Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich,
- Strukturbereinigungen, z. B. Abbau von Akutbetten,
- bundesweit einheitliches, leicht administrierbares Instrument für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen,
- erleichterte Entscheidungsfindung für Krankenhausmanager und Krankenhaus-erhalter über notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2023).

Von diesen Zielen wurde eine Reduktion der Belagsdauer erreicht, auch eine erhöhte Leistungs- und Kostentransparenz und ein österreichweit einheitliches

Punktesystem wurden erzielt. Auf die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit trifft dies jedoch nicht zu (Gesundheit Österreich GmbH 2010). Das könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass im Gegensatz zu früher, als die Aufenthaltsdauer ausschlaggebend für die Remuneration war, im LKF-System die Abrechnung pro Fall bzw. Leistung geschieht. Um mehr LKF-Punkte zu bekommen, ist es notwendig, mehr Fälle zu „produzieren“. Es ist aber auch möglich, dass eine mangelhafte Betreuungsmöglichkeit (zu wenige Pflegebetten im extramuralen Bereich) zu stationären Aufnahmen im Krankenhaus führt (soziale Indikation). Da die meisten dieser Patienten chronische Erkrankungen aufweisen oder multimorbid sind, ist es sehr schwer, diese sozialen Indikationen zu erfassen. Weiters ist zu bedenken, dass es aufgrund der Vorgaben eines kürzeren Krankenhausaufenthaltes zu einem sogenannten „Drehtür-Phänomen“ kommt. Das bedeutet, dass PatientInnen nicht vollständig auskuriert sind und daher kurze Zeit später wieder zur stationären Aufnahme kommen (Wolf 2022).

Als Stärken des LKF-Systems wurden im Evaluierungsbericht folgende Punkte genannt:

- die Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz der Krankenanstalten,
- die Schaffung einer gemeinsamen Kommunikationsplattform zwischen Health Professionals (Cure, Care), Management (Control) und Träger (Community) durch die einheitliche Definition der stationären Krankenhausleistungen,
- die hohe Akzeptanz des Abrechnungssystems bei den Landesgesundheitsfonds und inzwischen auch bei Krankenanstalten und direkten Anwendern,
- die mit der Einführung des LKF-Systems verbesserte Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung der Daten und der Dokumentation,
- die aufgrund dieser Informationslage deutlich verbesserte Voraussetzung für die Steuerung der intramuralen Gesundheitsversorgung,
- die jährliche Systemwartung (Problemfeldanalyse, Leistungskalkulation, Erweiterungen und Optimierung aufgrund des medizinischen Fortschritts).

Folgende Schwächen wurden festgehalten:

- dass sich die gewonnene Leistungs- und Kostentransparenz nur auf den Anteil, der über die LDF-Pauschalen abgerechnet wird, bezieht,
- das Fallsplitting und die starke Zunahme der stationären Patientenaufnahmen,
- die noch ungenügende Nutzung der Daten zur Systemsteuerung, Schwerpunktbildung oder Rationalisierung des Versorgungssystems zwischen den Ländern etc.,
- die neun verschiedenen LKF-Systemausgestaltungen in den Bundesländern (Modellanwendungsproblematik),
- die zersplitterte Kompetenzlage hemmt ökonomische Umstrukturierungen zwischen dem extra- und intramuralen Bereich (Gesundheit Österreich GmbH 2010).

Seit 2017 ist auch der ambulante Bereich im LKF-Modell abgebildet. Seit 1. Januar 2019 ist dieses System verpflichtend anzuwenden. Durch die Einführung der

Bepunktung für den spitalsambulanten Bereich soll ein Anreizsystem geschaffen werden, um stationäre Aufnahmen zu reduzieren, wenn die Leistung auch im ambulanten Bereich erbracht werden kann. Daher wurde darauf geachtet, dass die Bepunktung in einer adäquaten Relation zu den Punkten aus dem stationären LKF-System steht. Die Bepunktung besteht aus einem Mischsystem aus Pauschalen für Leistungen bzw. Leistungsgruppen und aus Pauschalen für Kontakte. Diese werden zu einem ambulanten Besuch zusammengefasst. Die Pauschalen für einen ambulanten Besuch decken 50 % der ambulanten Endkosten. Die anderen 50 % werden durch eine Strukturkomponente abgegolten. Dadurch soll eine adäquate Berücksichtigung von Vorhaltekapazitäten und Versorgungsaufträgen ermöglicht werden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2023a).

2.2 Finanzierung des extramuralen Bereichs

Ca. 60 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben von Österreich werden durch einkommensabhängige soziale Krankenversicherungsbeiträge finanziert. Diese finanzieren vor allem den extramuralen Bereich. Auch wenn es leichte Unterschiede im Angebotspektrum der unterschiedlichen Krankenversicherungsträger gibt, findet zwischen den Krankenversicherungsträgern kein Wettbewerb statt, da die Zuordnung zu den Versicherungsträgern gesetzmäßig über den Beschäftigungsort oder die Art der Beschäftigung erfolgt. 2019 kam es zu einer Reorganisation der bestehenden Trägerstruktur, die auf dem im Dezember 2018 vom Nationalrat beschlossenen Sozialversicherungs-Organisationsgesetz beruht. Dabei wurden mit 1. Januar 2020 die neun Gebietskrankenkassen und vier der fünf Betriebskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zusammengeführt (Abb. 2.1.). Die bisherige Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) wurden in der neuen Sozialversicherungsanstalt für Selbständige (SVS) zusammengefasst. Die bisherige Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe wurden zur Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) zusammengeführt (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2023b). Dadurch hat sich die Zahl der ursprünglich 21 Sozialversicherungsträger auf fünf reduziert. Ziel dieser Fusion war die Einsparung im Verwaltungsbereich, welche jedoch laut Rechnungshofbericht bisher nicht erreicht wurde. Wie weit die Corona-Pandemie Anteil an dieser Entwicklung hatte, ist nicht beurteilbar (Rechnungshofbericht 2022).

Für die Finanzierung des extramuralen Bereiches werden Gesamtverträge zwischen dem Hauptverband (HVB), jetzt Dachverband der Sozialversicherung, und der Ärztekammer geschlossen. Niedergelassene Anbieter, die direkt beim Krankenversicherungsträger unter Vertrag stehen (Kassenärzte), werden direkt von diesem durch einen Mix aus Einzelleistungsvergütung und Pauschale finanziert.

Für Arztpraxen und Zahnarztpraxen waren das im Jahr 2015 5045 Mio. € oder 14,3 % der laufenden Gesundheitsausgaben. Österreich weist nach Griechenland laut OECD die höchste Ärztedichte auf (Bachner et al. 2019), wobei die Ärztedichte und der Anteil der Kassenärzte am gesamten niedergelassenen Bereich von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich sind. So gab es im Burgenland im Jahr 2021 4,25 Ärzte pro 1000 Einwohner, davon waren 18 % Kassenärzte. In Salzburg war die Ärztedichte am höchsten mit 6 Ärzten pro 1000 Einwohnern, davon ebenfalls 19 % Kassenärzte (Österreichische Ärztekammer 2023). Diese regional unterschiedliche Verteilung der Kassenärzte ist vor allem im ländlichen Bereich zu spüren. Der Anteil an Wahlärzten, die nicht bei einem Krankenversicherungsträger unter Vertrag stehen, ist also in Gesamtösterreich sehr hoch. Diese können die Höhe ihrer Gebühren selbst bestimmen, die dann vom Patienten primär selbst finanziert werden müssen. Es gibt jedoch die Möglichkeit, nachträglich 80 % des Kassentarifs von der sozialen Krankenversicherung rückvergütet zu bekommen (Bachner et al. 2019). Grundsätzlich sind alle Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherungen abgedeckt. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass ÄrztInnen sogenannte außervertragliche Leistungen anbieten. Diese müssen aber zur Gänze privat finanziert werden. In diesem Fall ist die Ärzteschaft verpflichtet, vorab die PatientInnen darüber vollumfänglich zu informieren (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2023).

Neben den gesetzlichen Krankenversicherungen gibt es auch die Möglichkeit, Verträge mit privaten Krankenversicherungen abzuschließen, wodurch zusätzliche Leistungen abgedeckt sind. Die privaten Krankenversicherungen finanzieren 4,9 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Dazu kommen noch Selbstzahlungen privater Haushalte mit 18 % und das Finanzierungssystem privater Organisationen ohne Erwerbszweck sowie Finanzierungssysteme von Unternehmen. Insgesamt liegen die privaten Gesundheitsausgaben über die Jahre konstant bei 24 % der gesamten Gesundheitsausgaben (Bachner et al. 2019).

Neben den Einzelordinationen und Gruppenpraxen besteht seit Juni 2017 auch die Möglichkeit der Gründung eines Primärversorgungszentrums. Dieses muss eine eigene Rechtspersönlichkeit haben und im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit abgebildet sein. Als Organisationsform sind nur eine Gruppenpraxis lt. Ärztesgesetz oder ein selbstständiges Ambulatorium lt. Bundesgesetz für Krankenanstalten und Kuranstalten möglich, bzw. bei mehreren Standorten kann ein Netzwerk z. B. in Form eines Vereins gebildet werden (Parlament Österreich 2017). Darin arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen zusammen. Das Kernteam wird von AllgemeinmedizinerInnen, Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie OrdinationsassistentInnen gebildet. Ergänzt werden kann dieses Team durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, Hebammen, SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen etc. Die Honorierung erfolgt aufgrund des bundesweiten Gesamtvertrags für Primärversorgungseinheiten, der 2019 zwischen den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer abgeschlossen wurde. Dieser bundesweite Rahmenvertrag regelt das Mindestleistungsspektrum eines

Primärversorgungszentrums, Grundsätze der Vergütung sowie allgemeine Bedingungen, die österreichweit gelten, lässt aber Spielraum, um auf regionale Bedürfnisse eingehen zu können (Plattform Primärversorgung 2023). Dieser Vertrag gilt jedoch nicht für Primärversorgungszentren, die als selbständige Ambulatorien tätig sind, da diese der Wirtschaftskammer angehören.

2.3 Entscheidungsgremien

Die Ausrichtung der österreichischen Gesundheitspolitik orientiert sich an zehn Gesundheitszielen. Diese wurden von einem Plenum, in dem insgesamt 40 Institutionen vertreten sind – von unterschiedlichen Bundesministerien über Ärztekammer, Seniorenbund bis hin zu Arbeiterkammer und Armutskonferenz –, erarbeitet. Die Bevölkerung konnte Ideen im Rahmen einer Online-Befragung einbringen. Diese Gesundheitsziele beinhalten nicht nur rein medizinische und pflegerische, sondern auch sozioökonomische Aspekte:

- **Gesundheitsziel 1:** Gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen schaffen.
- **Gesundheitsziel 2:** Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen.
- **Gesundheitsziel 3:** Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.
- **Gesundheitsziel 4:** Luft, Wasser, Boden und alle Lebensräume für künftige Generationen sichern.
- **Gesundheitsziel 5:** Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken.
- **Gesundheitsziel 6:** Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten.
- **Gesundheitsziel 7:** Gesunde und nachhaltige Ernährung für alle zugänglich machen.
- **Gesundheitsziel 8:** Gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern.
- **Gesundheitsziel 9:** Psychosoziale Gesundheit fördern.
- **Gesundheitsziel 10:** Qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen (Gesundheitsziele Österreich 2023).

Im Jahr 2013 wurde mit der Umsetzung begonnen. Nach dem Prinzip „Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in all Policies)“ wurden Arbeitsgruppen gebildet, denen je nach Themenstellung unterschiedliche Plenumsmitglieder sowie ExpertInnen angehören. Ein begleitendes Monitoring überprüft, ob die geplanten Vorhaben verwirklicht und die angestrebten Ziele erreicht wurden. Dieses Monitoring wurde von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erarbeitet, einer Institution des Bundesministeriums für Gesundheit (Winkler et al. 2014).

Die Planung der Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung im engeren Sinn erfolgt durch unterschiedliche Gremien auf Ebene von Bund und Land, denen jeweils Vertreter des Bundes, des Landes und