

# **Krankenkassen? Kranke Kassen? Keine Kassen?**

## **Das fragmentierte Finanzierungsnetz der psychiatrischen Versorgung (in Österreich)**

**Heinz Katschnig**

**Medizinische Universität Wien und IMEHPS.research**

**XXI. Tagung „Die subjektive Seite der Schizophrenie“**

**21.-23.2.2019, Wien**

(3) Ein essentieller Aspekt des Umfelds (neben anderen, z.B. rechtlichen, personellen Aspekten) ist, wie die psychiatrische Versorgung **finanziert** wird – dabei geht es nicht nur um die **Menge** der finanziellen Mittel sondern auch um die **Mechanismen der Finanzierung**

(4) „Modelle“ sind oft durch a) bessere Finanzierung und b) Enthusiasmus gekennzeichnet > **wie sehen die „Mühen der Ebene“ aus? wie ist die Routine? wie hängt die Qualität der Versorgung mit den Finanzierungsmechanismen zusammen? Lassen sich Modelle auch nach der Modellphase implementieren?**

> Mein Vortrag heute

**„Money makes the world go round“ oder  
„Ka göd, ka musu auch in der Psychiatrie“**

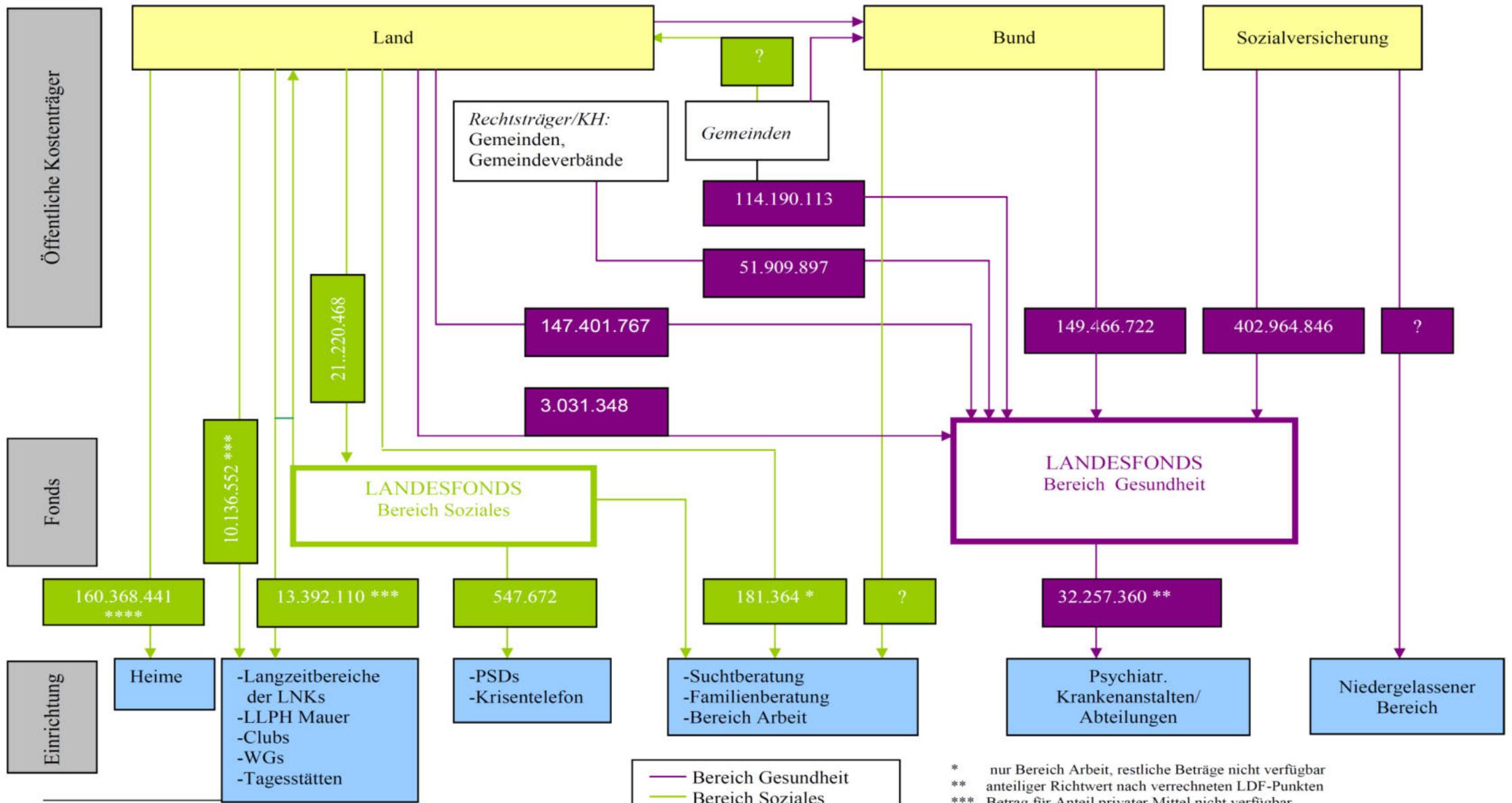
**Und das sieht so aus**

**Sehr komplexes Thema, hier nur ein paar  
Gedanken dazu möglich**

**„.... die unglaublich intransparenten Geldflüsse im  
Gesundheitssystem“**

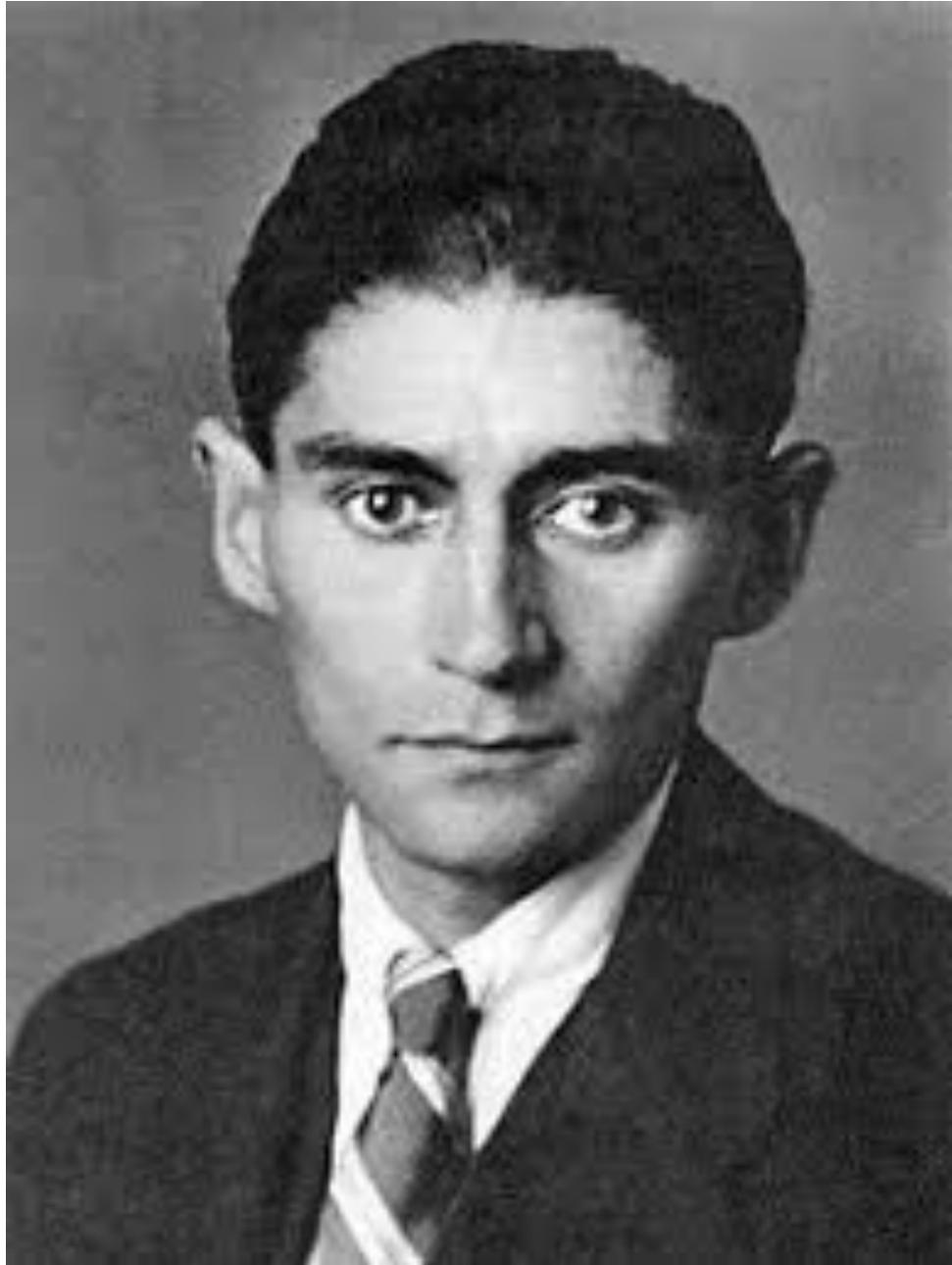
derstandard.at 1.2.2019

Abb. 8: Quantifizierung der Finanzierungsströme der öffentlichen Kostenträger in der psychiatrischen Versorgung in NÖ 1999 (in €)<sup>337</sup>



<sup>337</sup> Einschließlich der Mittel für Einrichtungen in anderen Bundesländern

\* nur Bereich Arbeit, restliche Beträge nicht verfügbar  
 \*\* anteiliger Richtwert nach verrechneten LDF-Punkten  
 \*\*\* Betrag für Anteil privater Mittel nicht verfügbar  
 \*\*\*\* Wert für Gesamtanzahl HeimbewohnerInnen (Betrag für Anteil psychisch Kranker, sowie für Anteil privater Mittel nicht verfügbar)  
 ?.... Betrag nicht verfügbar



„Kafkaesk“



# **Finanzierungssysteme der Versorgung psychisch Kranker spiegeln Wertehaltungen und Einstellungen wieder, aber auch (Un)fähigkeit der Politik und Administration**

- 1. Sind historisch gewachsen – wir sind heute in jedem Land in der Geschichte dieser Systeme gefangen  
„Fürsorge vs. Krankenversorgung“**

## 1868 Archiv für Psychiatrie, Band 1, S.159ff

### Der heutige Stand der öffentlichen Irren-Fürsorge in Oesterreich.

Von Dr. Schlager,

Landesgerichtsarzt und Professor der Psychiatrie an der Universität zu Wien.

---

Bis in die letzten Jahre war der Stand der öffentlichen Irrenfürsorge im Allgemeinen in Oesterreich ein wenig zufriedenstellender.

In den verschiedenen Kronländern des Kaiserstaates bestanden wohl

## 1868 Archiv für Psychiatrie, Band 1, S.159ff

bauung und Einrichtung der Irrenanstalt in Wien Seitens der österreichischen Regierung Geldmittel in der liberalsten Weise zugewendet wurden, so dass diese Anstalt im Beginne ihres Entstehens und unmittelbar nach ihrer Vollendung in der günstigsten Lage war, sich dauernd zu einer Muster-Irrenanstalt des Kaiserstaates herauszuentwickeln, sowohl bezüglich ihrer Einrichtung und Organisation, wie in Rücksicht der zu Gebote stehenden wissenschaftlichen und therapeutischen Hilfsmittel.



**Niederösterreichische  
Landesirrenanstalt  
am Brünnefeld zu Wien,  
erbaut 1853  
(statt des Josefinischen  
Narrenturms)**



# 19. Jhdt. und erste Hälfte 20. Jhdt.

## Öffentliche Irren-Fürsorge

- Aus Wohlfahrtsbudget bezahlt (seit Ende des 18.Jhds. gab es aber schon Krankenkassen!)
- Leitet sich aus der öffentlichen Wohlfahrt für die Armen her
- Fürsorgeanstalten – noch keine Krankenanstalten – therapeutischer Nihilismus

# Erst Ende der 1950er/Anfang der 1960er Jahre ...

- ... wurden die Fürsorgeeinrichtungen zum Teil in Krankenanstalten umgewandelt
- z.T. von Krankenkassen finanziert für „Heilbare“,
- Unheilbare weiter von Sozialbudget bezahlt, wenn sie „ausgesteuert“ wurden, Krankenkassen schickten Einschauarzt

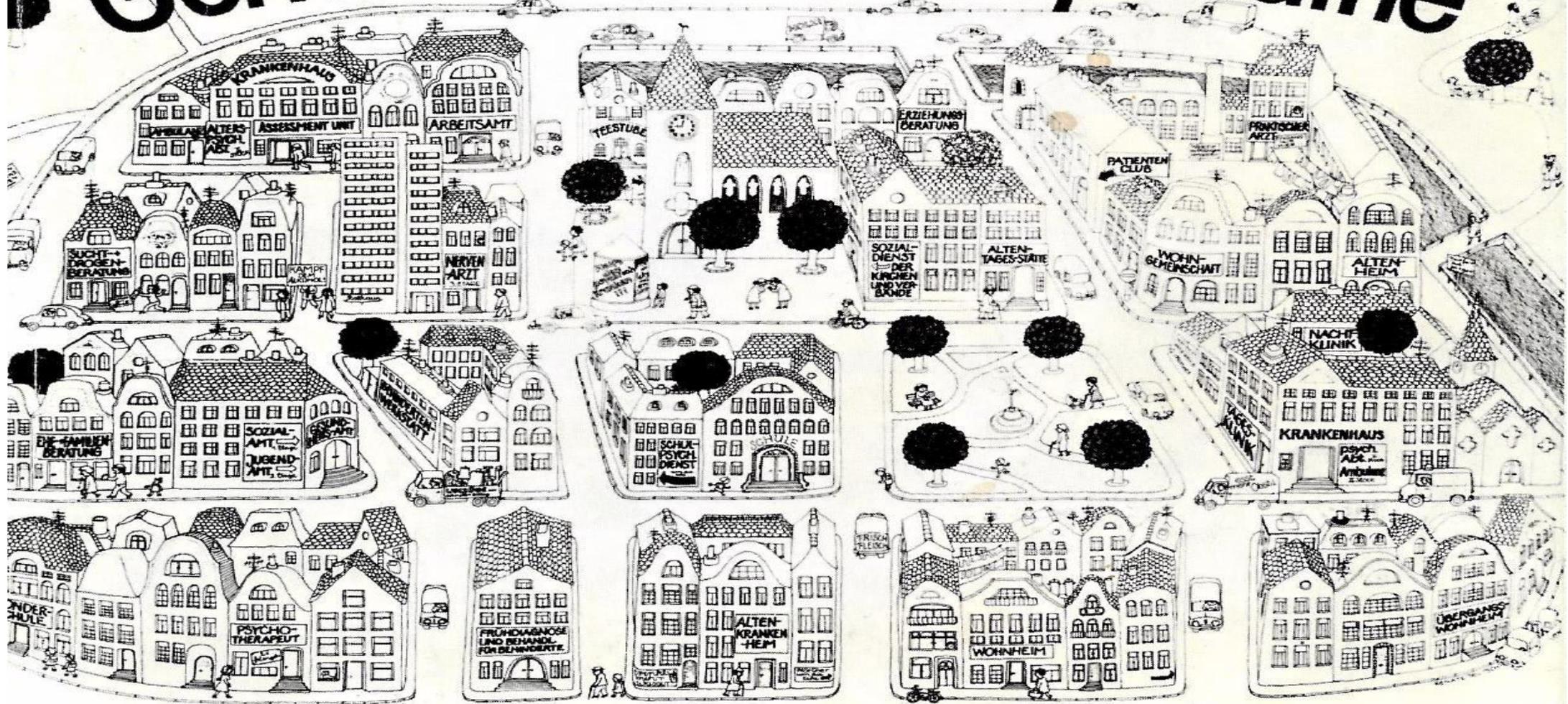
# 1970er Jahre ff

- Deinstitutionalisierung beginnt
- Niedergelassene „Nervenärzte“ nehmen zu > Kassenstellen – sind mit Patienten mit komplexen Krankheitsbildern überfordert
- Patienten mit komplexen Krankheitsbildern werden in der Gemeinde betreut/behandelt – ein Großteil der Leistungen für diese Patienten wird wieder durch ehemalige „Fürsorge“ erbracht, auch **viele eigentlich „therapeutische Leistungen“** für diese Patienten (sozialpsychiatrische Dienste mit Psychiatern!, Tagesstruktur, Wohnen, Arbeitsprojekte .... ) – müssten (auch) aus Gesundheitsbereich bezahlt werden
- erste steuerfinanzierte Psychosoziale Dienste gegründet (1971/72 Caritas St.Pölten; „psychohygienischer Dienst“ in Wien)
- **Fürsorgeanstalten werden jetzt Fürsorge-Gemeindedienste ...**

# 1970er Jahre ff

- Akutversorgung im Krankenhaus und niedergelassenen Bereich und Psychopharmaka, zunehmend auch Psychotherapie, werden durch Krankenkassa bezahlt
- Was ist Gesundheitsproblem? Was ist Sozialproblem? Eigentlich nicht trennbar aber Finanzierung und Steuerung völlig getrennt
- „Minderwertige Krankheit“ (Robert Musil)

# Gemeindenahe Psychiatrie



# **Finanzierungssysteme der Versorgung psychisch Kranker spiegeln Wertehaltungen und Einstellungen wieder aber auch (Un)fähigkeit der Politik und Administration**

## **2. Heute in Europa:**

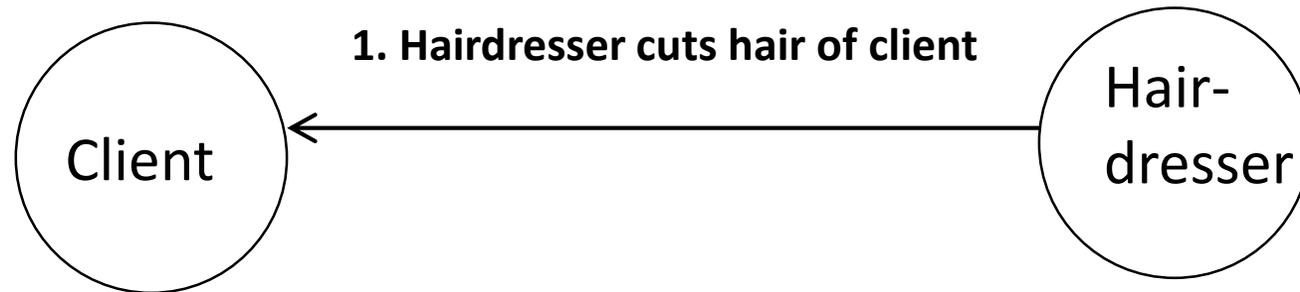
**Krankenkassensystem vs. nationales Gesundheitssysteme  
Fragmentierte vs. Kontinuierliche Versorgung**

# Die vielfältigen Modelle der Finanzierung der Gesundheitsversorgung In Europa 1

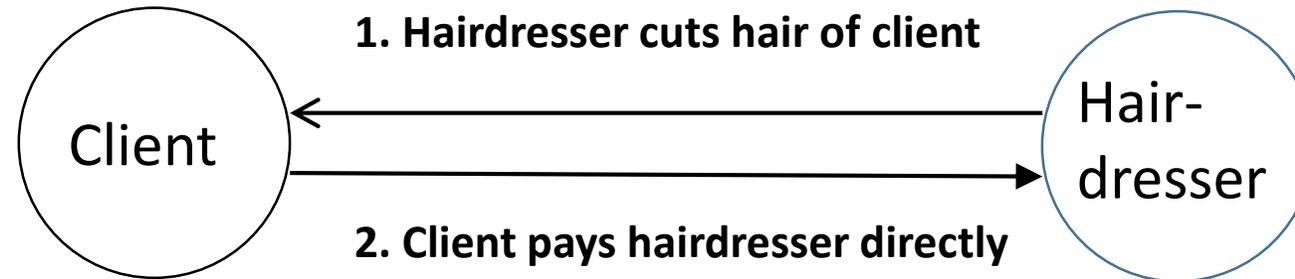
Wie werden die Mittel aufgebracht?

# Paying for services 1

## The „hairstresser“ model

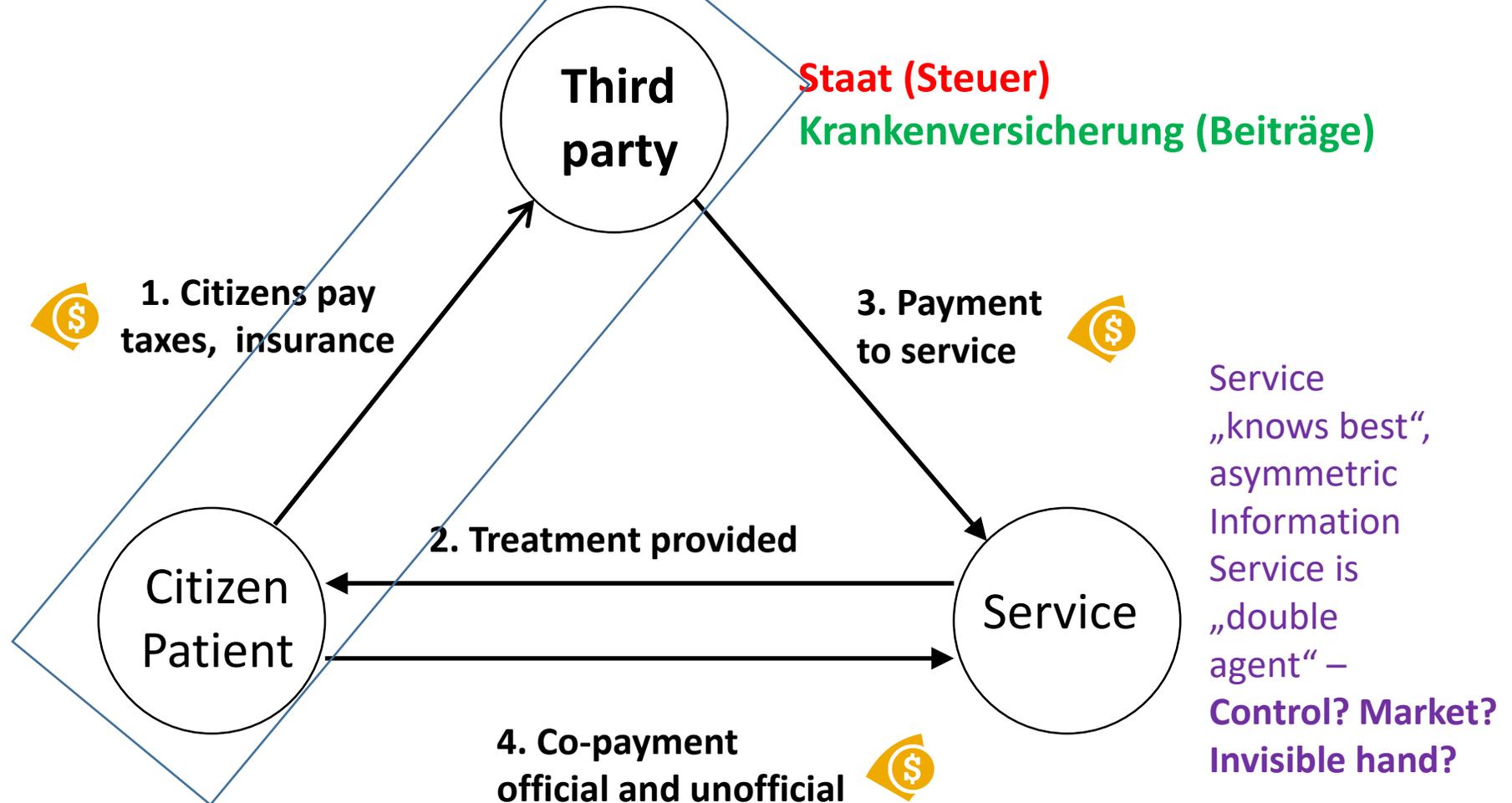


# Paying for services 1: The „hairdresser“ model



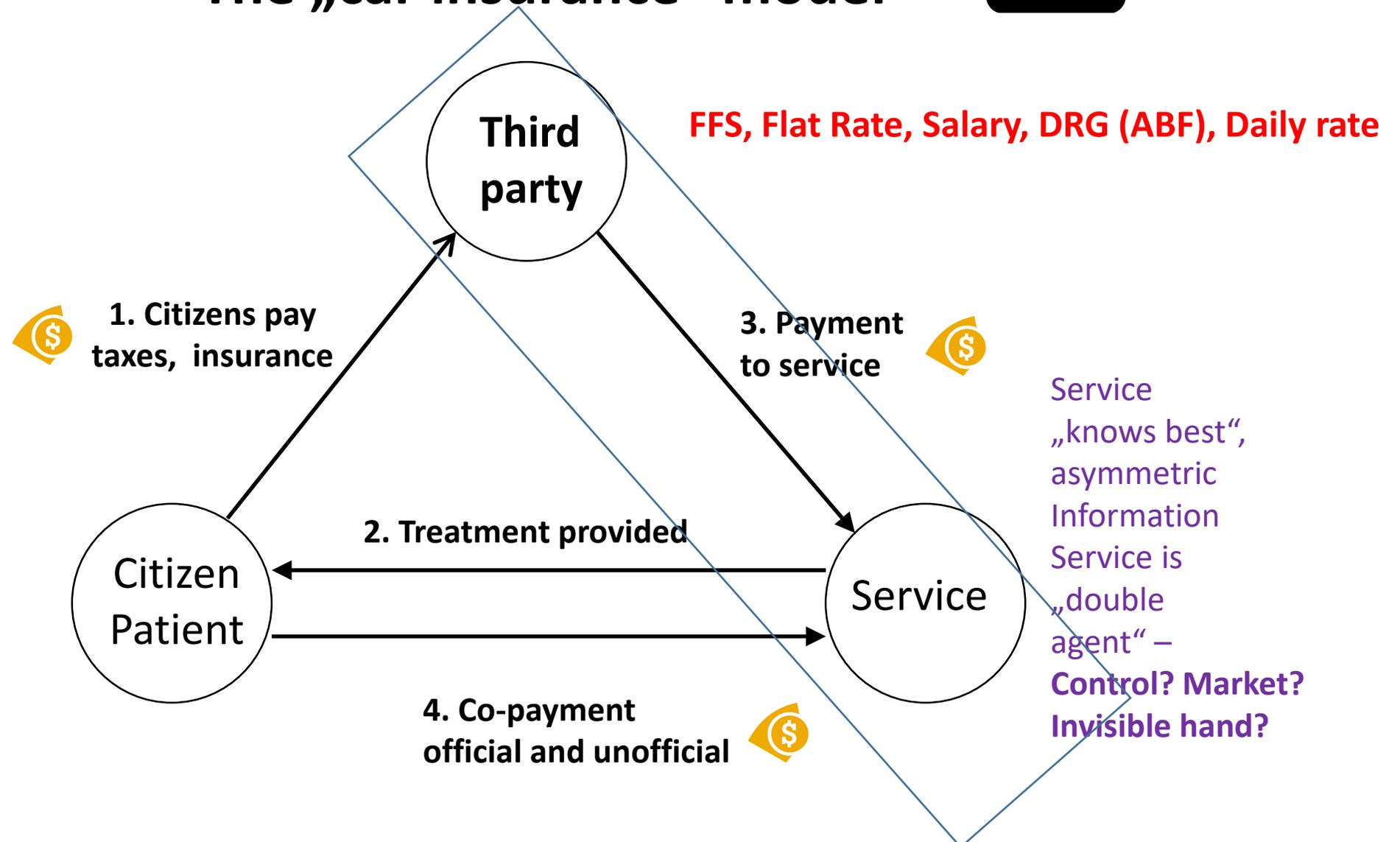
# Paying for services 2

## The „car insurance“ model



# Paying for services 2

## The „car insurance“ model



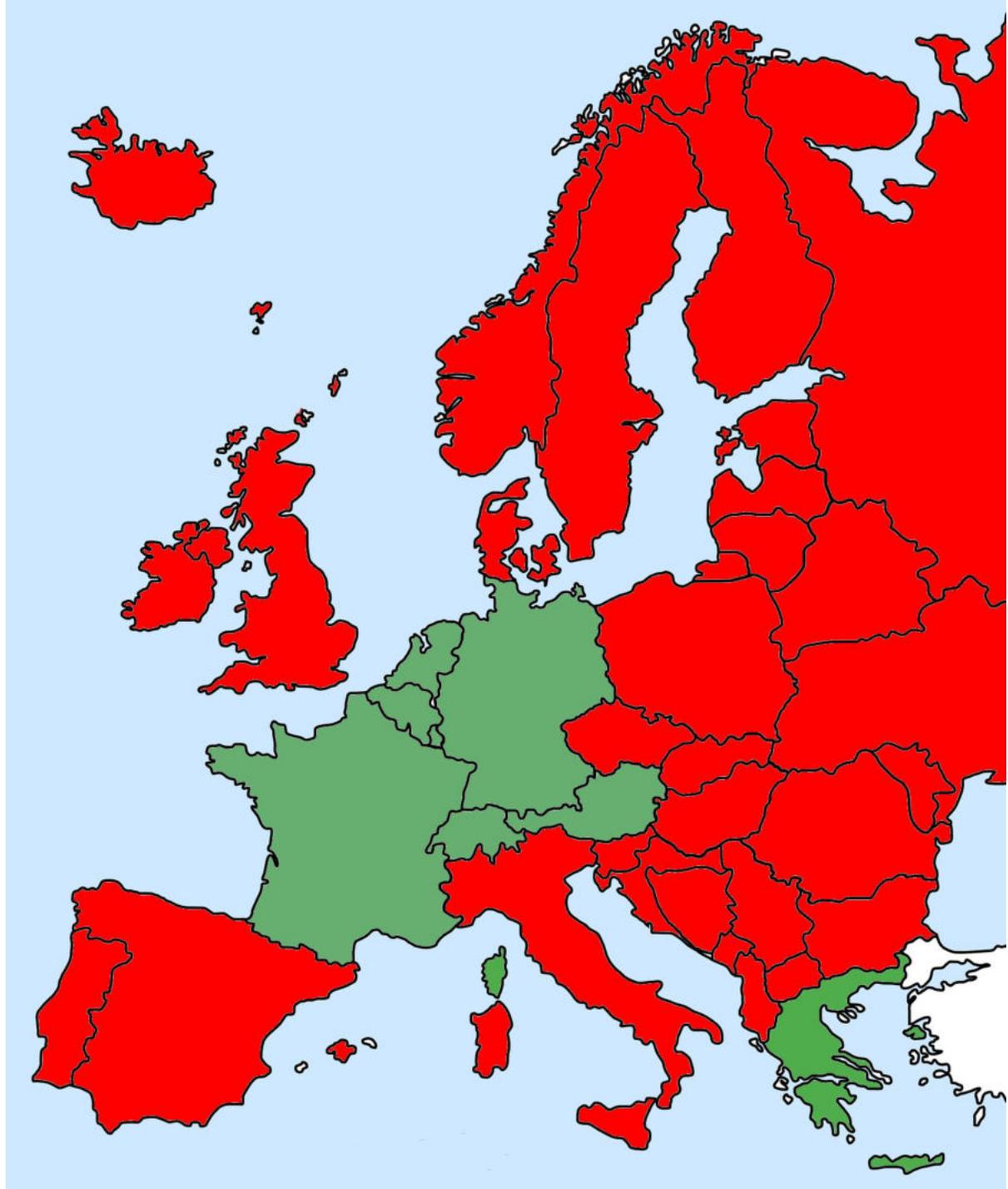
Finanzierungsquelle für  
Gesundheitsversorgung

Vor 1989 Europäische Länder

Grün mit  
Sozialer Krankenversicherung

Rot mit steuerfinanziertem  
Gesundheitssystem

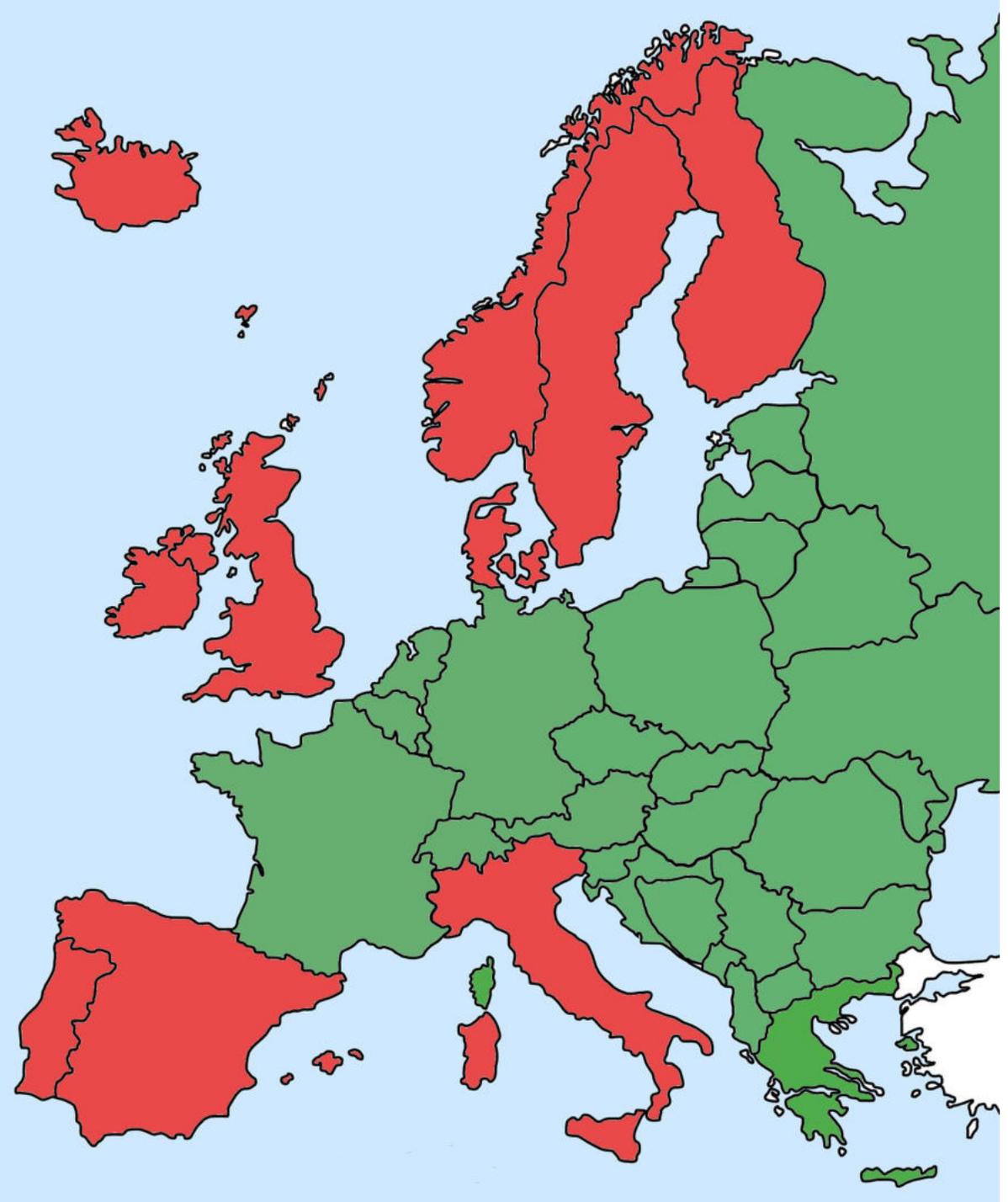
Österreich: Mischsystem



2018

Grün mit  
Sozialer Krankenversicherung

Rot mit steuerfinanziertem  
Gesundheitssystem

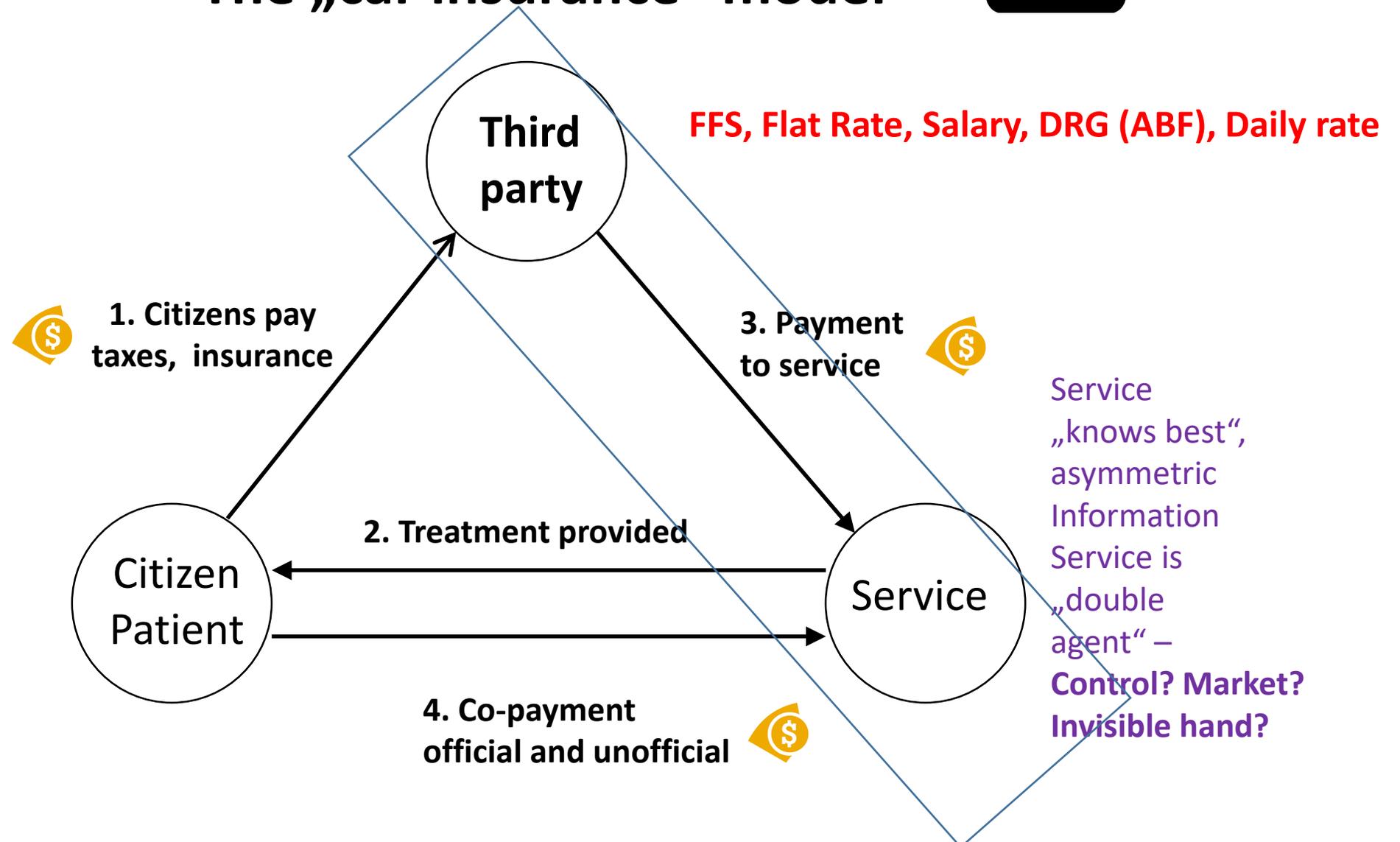


# Die vielfältigen Modelle der Finanzierung der Gesundheitsversorgung In Europa 2

Wie werden die Leistungserbringer bezahlt?  
PAYER PROVIDER SPLIT

# Paying for services 2

## The „car insurance“ model



# Psychiatrische Bezahlssysteme in 6 EU Ländern

## Es gibt (noch) kein ideales System

Country	Primary care		Mental health outpatient care		Mental health acute inpatient care
AT INS/TX	Flat rate	FFS	FFS	Flat rate	ABF (DRG)
FI TX	Budget		FFS		Daily rate
IT TX	Capitation		Budget		Budget
NO TX	FFS		Budget	FFS	Budget
RO INS	Capitation		FFS		ABF (DRG)
SI INS	Capitation	FFS	FFS		Payment per episode

FFS = Fee for Service    ABF = Activity Based funding    DRG = Diagnosis Related Groups

# Die 4 mächtigen Silos der Bezahlung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Österreich



# Die 4 Silos der Bezahlung, Leistungserbringung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Österreich



# Die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung im österreichischen Sozialversicherungssystemen („Kassensystemen“)

ist institutionen-/anbieterzentriert und nicht patientenzentriert

fragmentierte Versorgung, Wartezeiten, Behandlungsabbrüche beim Wechsel zwischen den Silos, „Schnittstellenmanagement“, Jeder Leistungsanbieter „optimiert seine Einnahmen“

patientenzentriert wäre

.....regionales Psychriatriebudget,

..... persönliches Psychriatriebudget

Versuche dazu gibt es in Deutschland, aber hoffnungslos bei dem existierenden gewachsenen Finanzierungssystem,

In Italien aber existent

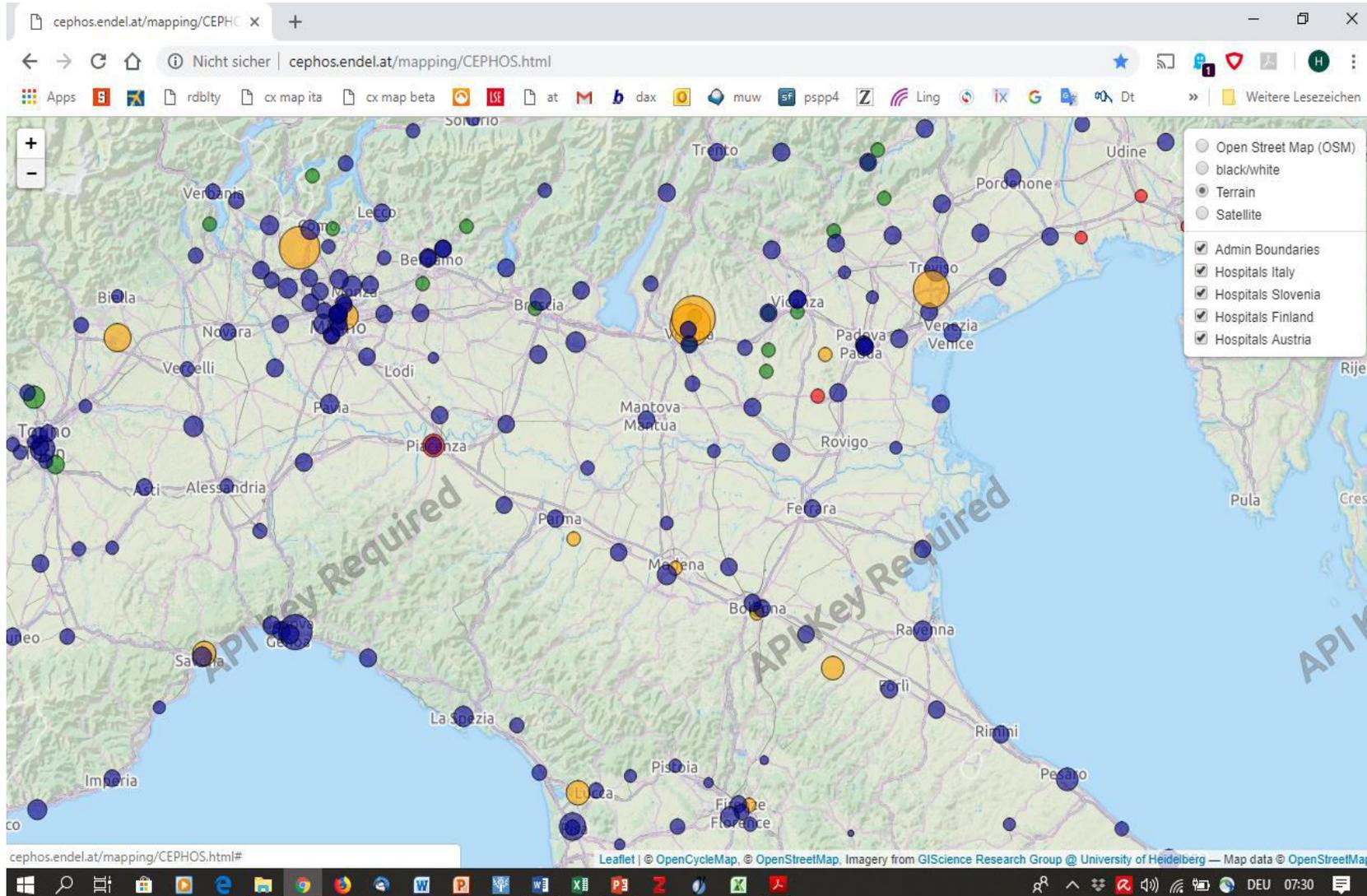
# Die vielfältigen Modelle der Finanzierung der Gesundheitsversorgung In Europa 3

Wie werden die Leistungserbringer bezahlt?

**KEIN PAYER PROVIDER SPLIT**

der „Bezahler“ bietet die Leistungen selbst an – bekanntestes Beispiel Italien

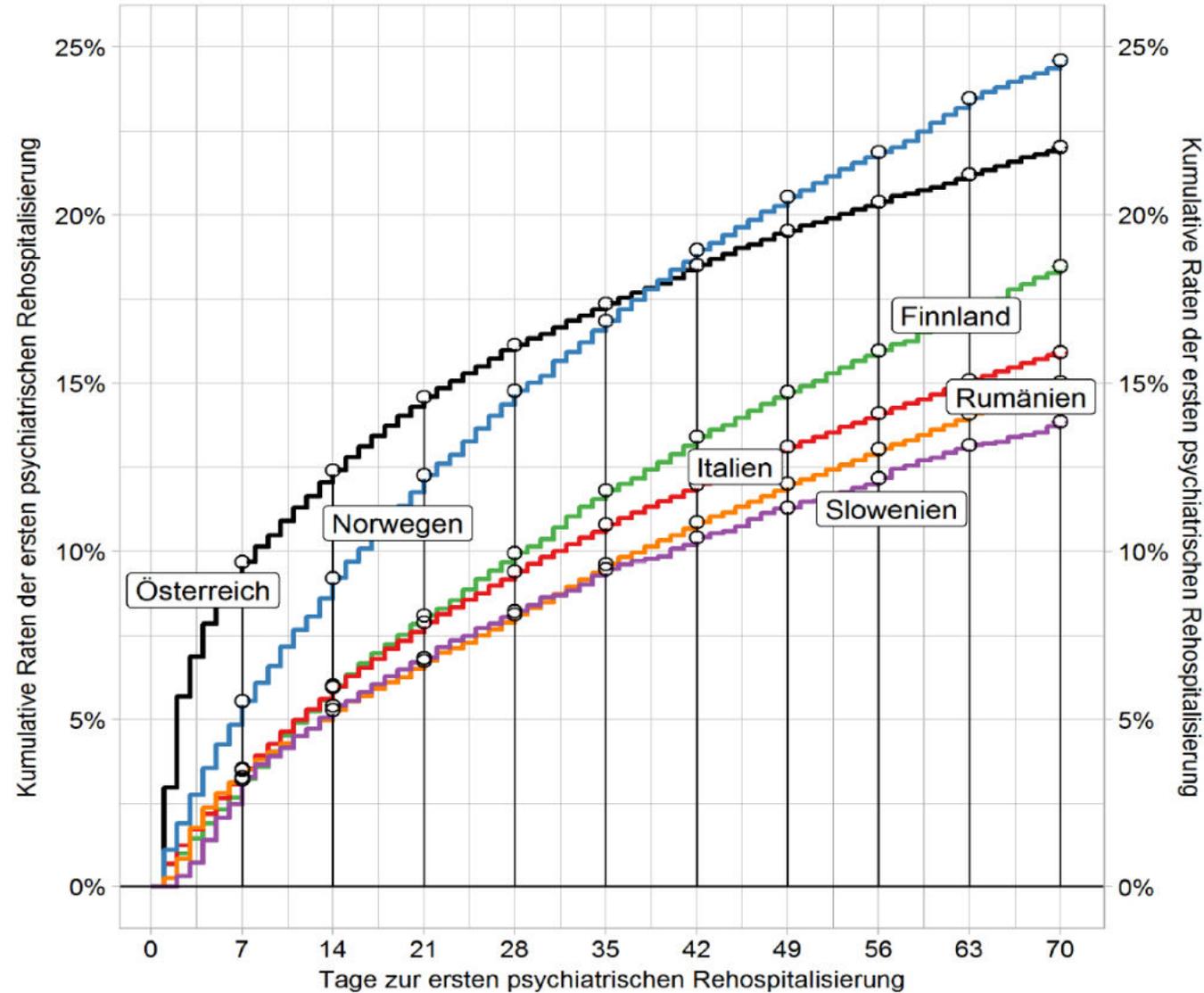
# Italien: Psychiatrische Abteilungen am AKH als Komponente einer regionalen Palette von Services



**Regionales Budget:**  
Für einen Gesundheitssektor  
(ASL: ca. 30.000 – 70.000 EW)  
- steuerfinanziertes  
- multiprofessionelles Team  
mit angestellten  
Mitarbeitern,  
das alle Modalitäten von  
Leistungen für Patienten mit  
komplexen Störungen  
anbietet:  
Stationär, tagesklinisch,  
ambulant, mobil

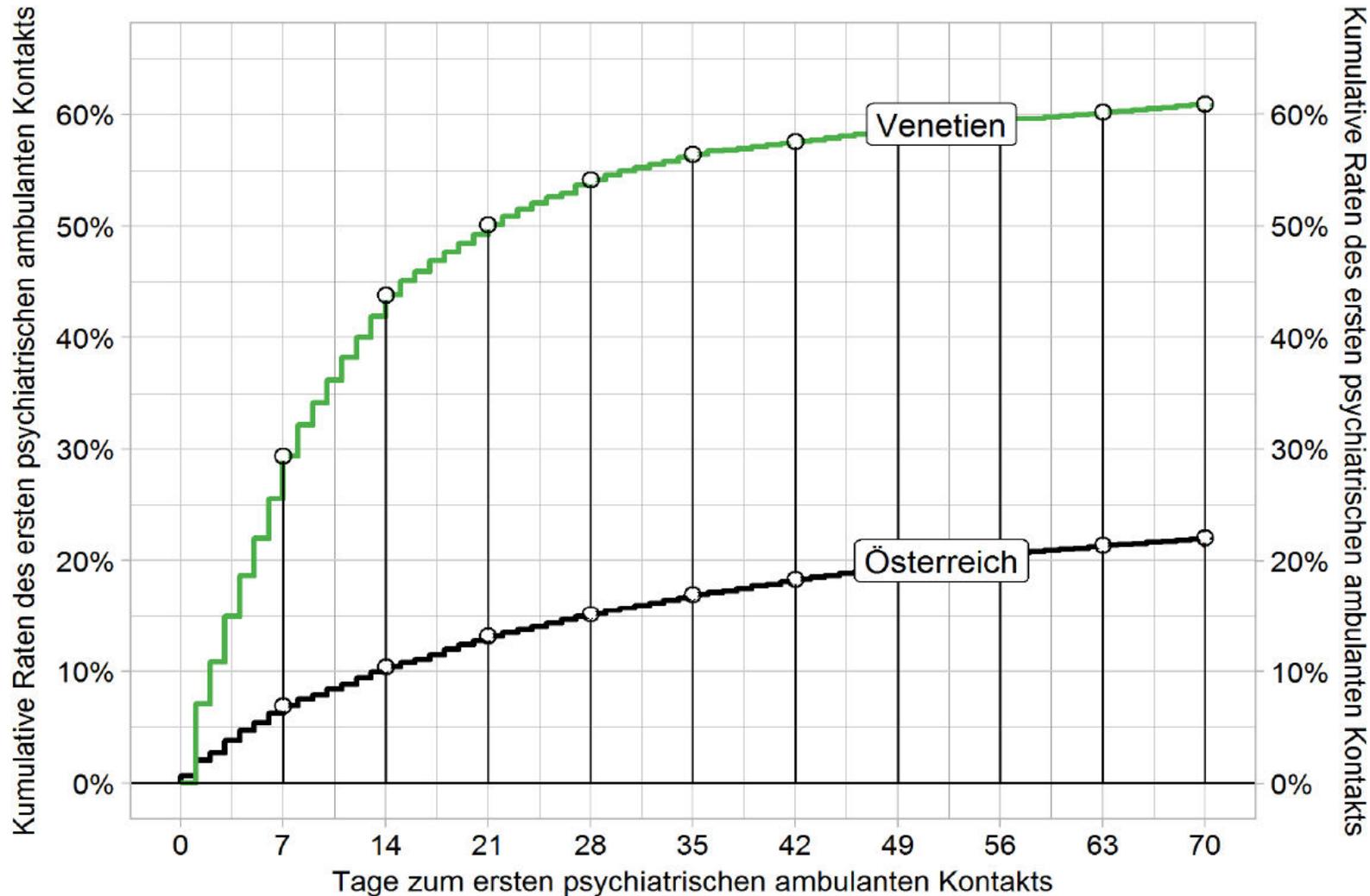
## Ländervergleich 2: Nach 7 Tagen ist jede/r 10. PatientIn in Österreich wiederaufgenommen, in Italien jede/r 30.

Grafik 2: Kumulative Raten der ersten psychiatrischen Rehospitalisierung 70 Tage



# Betreuungskontinuität nach der Spitalsentlassung in Österreich gering, in Italien (Venetien) hoch

Grafik 3: Kumulative Raten des ersten psychiatrischen ambulanten Kontaktes nach der Entlassung in Tagen



# **Wunschliste zur Finanzierung der psychiatrischen Versorgung um Qualität zu verbessern**

**Allgemein:**

**Qualitative und quantitative Forschungsprojekte zur Problemanalyse von derzeitigen Finanzierungs- und Bezahlssystemen im Hinblick auf Qualität und Kontinuität der Betreuung und Patientenzentriertheit über alle Versorgungsbereiche hinweg**

# **Wunschliste zur Steuerung der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung um Qualität zu verbessern**

## **A. Weniger realistisch – Wunsch ans Christkind – fundamentale Änderungen im historische gewachsenen Finanzierungssystem wären nötig**

1. Regionales Psychiatriebudget („Bezahlung aus einer Hand“) – kein „Payer-provider split“, angestellte Profis mit sehr guten Gehältern für alle Versorgungsmodalitäten (stationär, tagesklinisch, ambulant, mobil) – Finanzierung aus einer Hand
2. Wahlarztsystem für Psychiatrie hinterfragen
3. Persönliches Budget für Patienten – kauft sich Leistungen

# Wunschliste zur Finanzierung der psychiatrischen Versorgung um Qualität zu verbessern

## B. Realistischer

1. **Psychosoziale (auch z.T. komplem.) Dienste = derzeit Kannleistung aus Sozialhilfe bezahlt > von KK bezahlen = Pflichtleistung**
  - Niedergelassene Ärztinnen (Kasse/Wahl) überfordert mit komplexen Krankheitsbildern
  - Lange Wartelisten
  - Multiprofessionelle Teams benötigt
  - Ev. aus KA Fondsgeldern (ca. 50% KK)? – Deutschland Stäb
2. **Vermehrung von psychiatrischen Tagesklinikplätzen** (ohne Bettenreduktion) für Patienten mit komplexen Störungen und Ausbesserung des LKF-Modells für psychiatrische Tageskliniken
  - **Ambulantisierung** (wie bei kleinen chirurgischen Eingriffen) passt hier nicht  
Medikamente und Verpflegung ist jetzt Kann-Leistung in psychiatrischer Tagesklinik
3. **Primärversorgungszentren** ausbauen und mit psychiatrischer Kompetenz versehen

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**