



Die drei Ebenen der Mittelverteilung der Versorgung in Südtirol:

Zuteilung von Mitteln in die verschiedenen Bereiche der Versorgung –

MAKROEBENE

1. Begriffsbestimmung

Die **Makroebene** ist die oberste Ebene der Mittelverteilung und betrifft die politischen Entscheidungen, in welche Bereiche welcher Anteil des Landeshaushaltes investiert wird. Zwei Bereiche werden unterschieden:

- (1) Die **obere Makroebene** betrifft den öffentlichen Haushalt. Hier wird entschieden, welcher Betrag für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, welcher für die allgemeine Verwaltung, für Wissen, Kultur, Forschung, für das produzierende Gewerbe, für Mobilität, für das Sozialwesen, für allgemeine Dienstleistungen, für Umwelt und Gebietsverwaltung, für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung usw.
- (2) Die **untere Makroebene** betrifft die Allokationsentscheidungen innerhalb des Gesundheitssystems: Wie viel Prozent des Gesamtbudgets im Gesundheitswesen sollen für Prävention, für Akutversorgung, für Rehabilitation, für Pflege usw. ausgegeben werden? Auf dieser Ebene stellt sich auch die politische Frage danach, wie viel Mittel in die medizinische Forschung und in welche Bereiche innerhalb der medizinischen Forschung investiert werden.

2. Die Gesundheitsökonomie im Dienste des Allgemeinwohls

Die Ökonomie ist eine gesellschaftliche Institution und hat die grundsätzliche Zielsetzung, die (knappen) Ressourcen so zu verteilen, dass alle Mitglieder einer Gesellschaft ihre Grundbedürfnisse stillen können. Die Gesundheitsökonomie dient der Absicherung der Gesundheitsversorgung der einzelnen Bürgerin und des einzelnen Bürgers und der Schaffung bzw. Wahrung des Gemeinwohls.

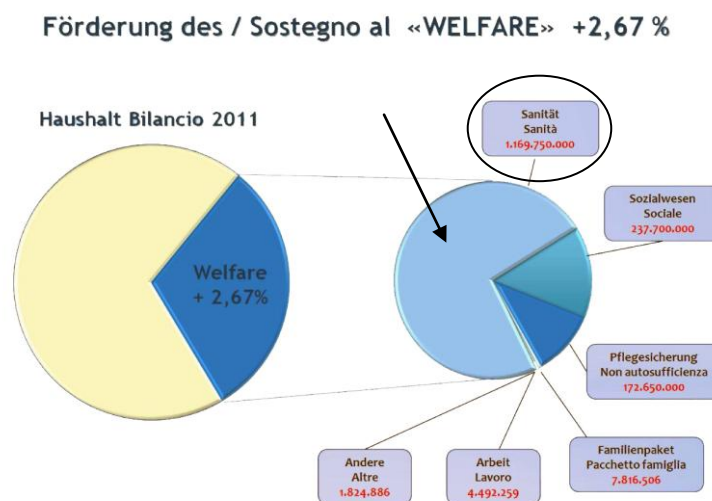
Die Gesundheit ist ein wesentlicher Aspekt der Lebensqualität des Menschen. Der Einsatz für die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung – sowohl die Gesundheitsvorsorge als auch die therapeutisch-kurative und palliative Medizin – gehört zum Gemeinwohl einer Gesellschaft dazu.

Dabei ist grundsätzlich zu bedenken, dass das Gesundheitswesen und die Krankenversorgung auf Solidarleistungen basiert, d.h., sie werden öffentlich bzw. gemeinschaftlich finanziert. Die Frage der medizinischen Versorgung darf keine Frage des persönlichen Reichtums sein, sodass Armut zu einer medizinischen Unterversorgung führen oder eine Erkrankung einen Armutsfaktor darstellen würde.

Das beinhaltet eine klare Absage an eine Zwei-Klassen-Medizin in einem zweifachen Sinne:

- (1) Die finanzielle Kaufkraft des Einzelnen darf nicht entscheidend sein für seine Gesundheitsversorgung bzw. darüber, welche Therapien er sich leisten kann.
- (2) Trotz der Möglichkeit privatärztlicher Versorgung muss eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für alle Menschen gewährleistet bleiben. Medizinische Ressourcen – sowohl Güter- und finanzielle als auch personelle Ressourcen – dürfen privatwirtschaftlich nicht so gebunden werden, dass die öffentliche flächendeckende Gesundheitsversorgung darunter leidet.

Das Bemühen der Südtiroler Landesregierung um das Gemeinwohl im Sinne der Wohlfahrt und des sozialen Ausgleichs schlägt sich im Haushaltsplan in einer Steigerung von Fördermaßnahmen in den Bereichen Sanität, Sozialwesen, Pflegesicherung, Familienpaket und Arbeit nieder, wobei der Bereich der Sanität den weit größten Teil ausmacht.



Quelle: Bericht zum Haushaltsplan 2011 von Roberto Bizzo, Landesrat für Finanzen (Oktober 2010)

Anmerkung: Interessant ist diesbezüglich, dass die Gewissheit, im Falle einer Erkrankung Zugang zu medizinischen Leistungen zu haben, ohne dadurch in die Armutsfalle zu geraten, ein wesentlicher Bestandteil für die Lebensqualität auch von gesunden Menschen darstellt.

3. Die Situation in Südtirol

3.1 Die **Ausgaben** für das Gesundheitswesen **setzen sich zusammen** aus:

- den vom Sanitätsbetrieb getragenen Führungskosten und Investitionen, die den Haushaltsplänen bzw. den Beschlussfassungen der Landesregierung entnommen werden können;
- den direkt vom Land getragenen laufenden Ausgaben und Investitionsausgaben, die sich aus dem Landeshaushalt ergeben.

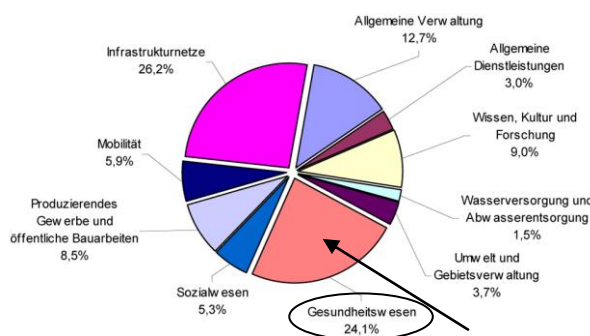
3.2 Die **Aufteilung der Gelder** bzw. die **Zuweisung in die großen Bereiche des Landeshaushaltes** erfolgt anhand von zwei grundlegenden Prinzipien:

- (1) In der Vergangenheit haben sich die geplanten Ausgaben automatisch an den effektiven Ausgaben des jeweiligen Vorjahres orientiert und wurden je nach Inflationsrate, Erhöhungen, Mehrbedarf usw. aufgestockt („**spesa storica**“).

- (2) Durch die Abnahme der laufenden Ausgaben des öffentlichen Haushaltes in Südtirol (-2,8 % von 2010 auf 2011) sowie aufgrund des Stabilitätspaktes, wonach auch die Provinzen zu Sparmaßnahmen und Reduktion der laufenden Ausgaben angehalten sind, findet zusehends mehr das Prinzip der Ausgabenanalyse Anwendung („**spending review**“): Es findet eine genaue Prüfung der Ausgaben statt, was tatsächlich gebraucht wird und wo Einsparungen möglich sind. Dadurch soll auch die Schere zwischen den geplanten und den effektiven Ausgaben geschlossen werden.

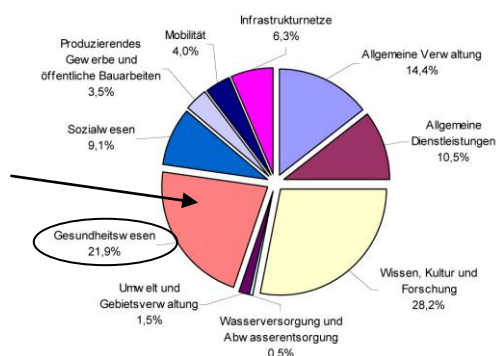
3.3 Der öffentliche Haushalt in Südtirol hat in den Jahren 1996–2007 durchschnittlich folgende Ausgaben für die einzelnen Sektoren auf der oberen Makroebene getätigt:

(1) Erwerb von Gütern und Dienstleistungen



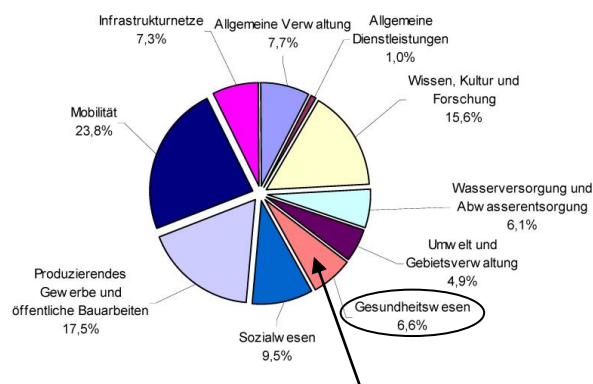
Infrastrukturnetze	26,2 %
Gesundheitswesen	24,1 %
Allgemeine Verwaltung	12,7 %
Wissen, Kultur, Forschung	9,0 %
Produzierendes Gewerbe	8,5 %
Mobilität	5,9 %
Sozialwesen	5,3 %
Allgemeine Dienstleistungen	3,0 %
Umwelt und Gebietsverwaltung	3,7 %
Wasserver-, Abwasserentsorgung	1,5 %

(2) Personalausgaben



Wissen, Kultur, Forschung	28,2 %
Gesundheitswesen	21,9 %
Allgemeine Verwaltung	14,4 %
Allgemeine Dienstleistungen	10,5 %
Sozialwesen	9,1 %
Infrastrukturnetze	6,3 %
Mobilität	4,0 %
Produzierendes Gewerbe	3,5 %
Umwelt und Gebietsverwaltung	1,5 %
Wasserver-, Abwasserentsorgung	0,5 %

(3) Investitionen

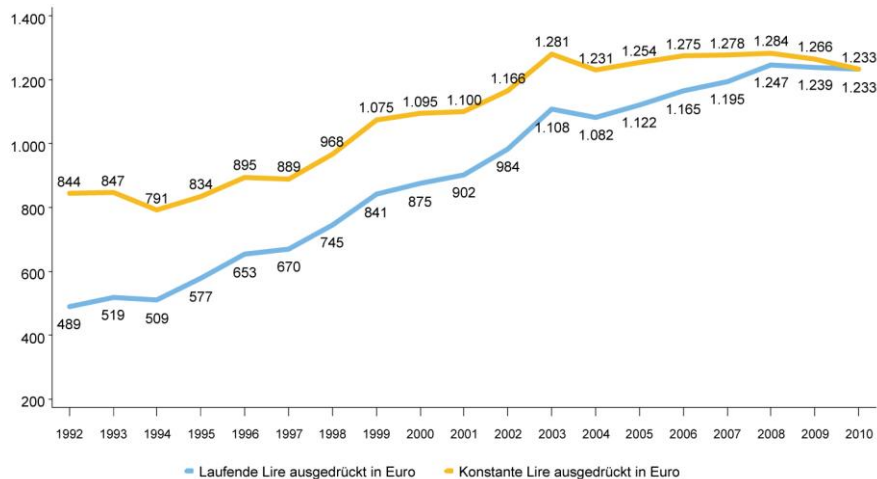


Mobilität	23,8 %
Produzierendes Gewerbe	17,5 %
Wissen, Kultur, Forschung	15,6 %
Sozialwesen	9,5 %
Allgemeine Verwaltung	7,7 %
Infrastrukturnetze	7,3 %
Gesundheitswesen	6,6 %
Wasserver-, Abwasserentsorgung	6,1 %
Umwelt und Gebietsverwaltung	4,9 %
Allgemeine Dienstleistungen	1,0 %

Quelle der Daten und Grafiken: Italien im Lichte der Öffentlichen Territorialen Konten. Die öffentlichen Finanzströme in der Autonomen Provinz Bozen, Rom 2009; Gesundheitsberichte der vergangenen Jahre, verfasst von der Epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes.

Anmerkung: Betrachtet man die drei Bereiche zusammen, insbesondere die ersten beiden Bereiche der laufenden Ausgaben, wird ersichtlich, dass im Gesundheitssektor insgesamt die höchsten Ausgaben gemacht werden.

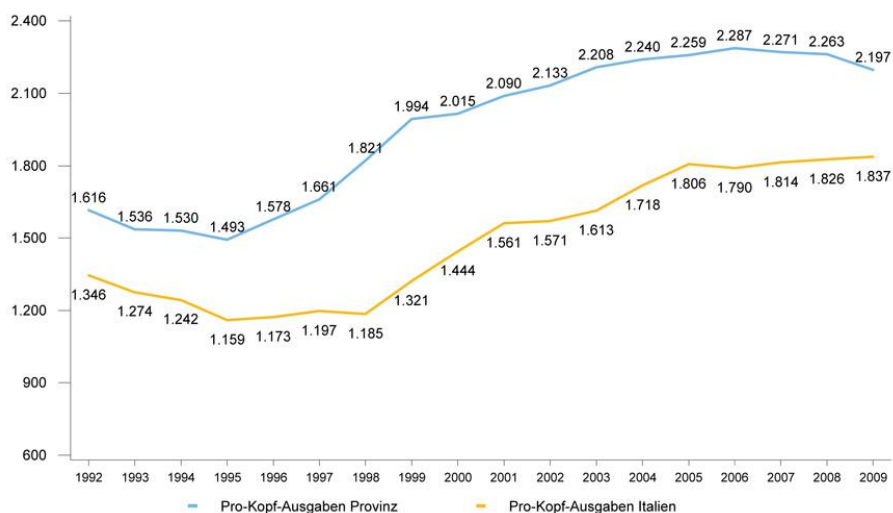
3.4 Die öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (Sanitätsbetrieb und Provinz) betragen in den Jahren 1992–2010 (in Mio €):



Quelle: Landesgesundheitsbericht 2010 - Ausgaben für das Gesundheitswesen

Anmerkung: Die Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren zeigt eine relativ konstante Entwicklung, d.h. dass sich der Ressourcenverbrauch nicht wesentlich erhöht. Eine Ausnahme stellt das Jahr 2003 dar, in dem der Landesgesundheitsdienst über eine einmalige Summe von mehr als 60 Millionen Euro verfügen konnte, die vom Staat zur Finanzierung der Investitionsausgaben bereit gestellt wurde.

3.5 Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen betragen in den Jahren 1992–2009 (in €):



Quelle: Landesgesundheitsbericht 2009 - Ausgaben für das Gesundheitswesen

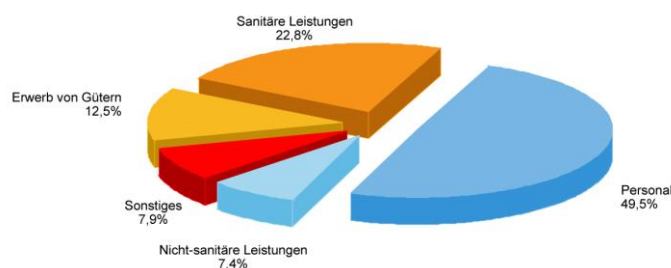
Anmerkung: Die Pro-Kopf-Ausgaben in Südtirol liegen damit deutlich über dem italienweiten Durchschnitt. Der Rückgang der Pro-Kopf-Ausgaben seit 2006 bedeutet nicht unbedingt eine Reduktion der Qualität der Gesundheitsversorgung, sondern kann auch Frucht von erfolgreichen Rationalisierungsmaßnahmen sein.

3.6 Im Jahr **2010** setzten sich die **öffentlichen Ausgaben** im Gesundheitswesen wie folgt zusammen:

- laufende Ausgaben: 1.159,877 Mio. €
- Investitionsausgaben: 73,058 Mio. €
- Gesamtausgaben: 1.232,935 Mio. €
- Pro-Kopf-Ausgaben: 2.187 €

Diese Ausgaben fielen im Bereich der **unteren Makroebene** anteilmäßig auf folgende Sektoren:

– Personal des Sanitätsbetriebs	49,5 %
– Erwerb von Gütern u. Dienstleistungen des Sanitätsbetriebs	12,5 %
– Gesundheitsdienste des Sanitätsbetriebs	22,8 %
<i>davon:</i>	
Allgemeinmedizinische Versorgung	4,8 %
Pharmazeutische Versorgung	5,5 %
Rehabilitation	0,5 %
Konventionelle Fachärztliche Versorgung	0,5 %
Sonstige Versorgung von öffentlichen Diensten	0,8 %
Sonstige Versorgung von privaten Diensten	4,7 %
Prothesenversorgung und konvent. integr. Hauspflege	2,0 %
Konv. Krankenhaus-Versorgung	2,1 %
Sonstige Versorgung	1,9 %
– nicht gesundheitliche Dienstleistungen des Sanitätsbetriebs	7,4 %
– Sonstiges	7,9 %



Quelle: Landesgesundheitsbericht 2010 - Ausgaben für das Gesundheitswesen

Nach **Gesundheitsbezirken** setzten sich diese Ausgaben prozentuell wie folgt zusammen:

Kostenart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Sanitätsbetrieb
1) Personal	45,9	51,5	53,3	56,0	49,5
2) Erwerb von Gütern	12,2	12,4	14,2	11,8	12,5
3) Nicht gesundheitl. Dienstleist.	9,3	4,2	7,1	5,8	7,4
4) Gesundheitsdienste	25,0	24,3	17,4	17,2	22,8
4.1) Allgemeinmed. Versorgung	4,1	5,7	5,4	5,4	4,8
4.2) Pharmazeutische Versorgung	5,2	6,4	5,2	5,7	5,5
4.3) Rehabilitation	0,5	1,1	0,1	0,3	0,5
4.4) Konv. Fachärztliche Versorgung	0,8	0,4	0,02	0,02	0,5
4.5) Sonstige Vers. von öffentl. Diensten	1,4	0,2	0,1	0,1	0,8
4.6) Sonstige Vers. von priv. Diensten	5,7	4,2	3,1	3,2	4,7
4.7) Prothesenvers. und konvent. integr. Hauspflege	2,5	1,6	1,4	1,2	2,0
4.8) Konv. KH-Versorgung	2,6	3,2	0,04	0,3	2,1
4.9) Sonstige Versorgung	2,2	1,5	2,0	1,0	1,9
5) Sonstiges	7,6	7,6	8,0	9,1	7,9

Quelle: Landesgesundheitsbericht 2010 - Ausgaben für das Gesundheitswesen

Anmerkung: Der hohe Anteil der Personalkosten zeigt, dass Einsparungen in diesem Bereich besonders attraktiv erscheinen können. Allerdings ist hier auf die Gefahr hinzuweisen, dass sich Einsparungen im personellen Bereich unmittelbar und in der Regel negativ auf das Arzt-Patient- bzw. Pfleger-Patient-Verhältnis auswirken. Die Folge ist vielfach die, dass dem Patienten weniger Zeit gewidmet werden kann und dieser in therapeutische Entscheidungsprozesse, die ihn betreffen, weniger einbezogen wird.

- 3.7 Im Bereich der **medizinischen Forschung** gehört das Land Südtirol zu den Sponsoren des **Zentrums für Biomedizin**, das von der EURAC und dem Südtiroler Sanitätsbetrieb gegründet worden ist. Dieses medizinische Forschungszentrum für Südtirol geht zurück auf den Beschluss der Landesregierung Nr. 4718 vom 15.12.2008.

Anmerkung¹: Das Zentrum für Biomedizin hat das Ziel, das Südtiroler Gesundheitswesen den sich wandelnden Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechend zu gestalten und kontinuierlich zu verbessern. Die klinische Forschung soll gefördert, langfristig neue Diagnose- und Therapieansätze erschlossen und die Krankheitsvorbeugung optimiert werden. Eine Versorgungsmedizin soll durch eine zunehmend forschungsorientierte Biomedizin abgelöst werden. „Mit dem Zentrum für Biomedizin soll eine ‚doppelte Translation‘ erreicht werden: Die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem Labor werden in die klinische Praxis weitergeleitet und von dort in einer präventionsorientierten Bevölkerungsmedizin (Public Health) umgesetzt. Die dort gewonnenen neuen Erkenntnisse finden über die translationale Schnittfläche wieder den Weg zurück ins Labor. Eine solche ‚Umsetzung‘ (Translation) kann die angewandte Medizin, Behandlung, Diagnostik und Vorbeugung von Grund auf und fortlaufend verbessern.“

4. Mögliche Fragen für eine weiterführende Diskussion:

- Welche Investitionen außerhalb der unmittelbaren Gesundheitsversorgung kommen auch der Gesundheitsvorsorge und -versorgung zugute?

Vgl. dazu die relevanten **Gesundheitsfaktoren** auf den unterschiedlichen Ebenen wie:

- individuelle Ebene: Erbanlage, Geschlecht, Alter, Lebensstil (Ernährung, Sport, Medikamenten-, Drogen-, Alkohol-, Tabakkonsum, Freizeitgestaltung etc.);
 - sozioökonomische Ebene: wirtschaftliche Lage, Beschäftigungslage, soziokulturelles Lebensumfeld, Arbeitsklima, Wohnung;
 - umweltbezogene Faktoren: Luft, Wasser, Lebensmittel, Wohngebiet;
 - Zugang zu den Diensten (Bildung, Gesundheitsdienst, Sozialdienste, Verkehrsmittel etc.).
- Gibt es Bereiche in der unteren Makroebene, die **unversorgt** sind (bspw. Hospiz, Kinder- und Jugendpsychiatrie u.a.)?
 - In welchem Bereich können **überregionale Angebote** in Anspruch genommen werden, ohne dass die regionale Gesundheitsversorgung leidet, bzw. wie kann diese Inanspruchnahme gefördert werden (z.B. Kinderhospiz u.a.)?
 - Wie hoch ist die öffentliche Förderung der **medizinischen Forschung** und in welche Bereiche der medizinischen Forschung fließen öffentliche Mittel?

Welche der folgenden Ebenen der medizinischen Forschung sollte das Land Südtirol fördern²:

- (1) Grundlagenforschung, bei der es um die Entstehung und die Ursachen von Krankheiten geht,

- (2) klinische Forschung, in der Medikamente und Therapien entwickelt werden,
- (3) Versorgungsforschung, die untersucht, wie gut die medizinische Behandlung durch Hausärzte und im normalen Krankenhaus funktioniert?

Wer entscheidet anhand von welchen Kriterien, in welchen medizinischen Bereichen oder Krankheitsgruppen Forschung durch öffentliche Mittel (mit)finanziert wird?

- Welches ist die Rolle der **Selbstbeteiligung** bzw. von **privaten Zuzahlungen** und welcher Anteil soll ihr – wenn überhaupt – bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen zukommen?

Anmerkung: Selbstbeteiligungen führen i.d.R. zu einer geringeren Inanspruchnahme von medizinischen Diensten und Leistungen sowie zu verkürzten Krankheitsepisoden und damit zu niedrigeren Kosten für die medizinische Versorgung.³

- Zum Angebot von **privaten medizinischen Diensten**:
 - Welche Folgen hätte der Aufbau einer Privatmedizin, um die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zu entlasten? (Zwei-Klassen-Medizin, etc.)
 - Bis zu welchem Grad würde privatwirtschaftliche Konkurrenz der Gesundheitsversorgung dienen, ab welchem Grad würde sie sie gefährden und das Gesundheitswesen als Solidarsystem untergraben?
- Wie hoch ist der **Abfluss von medizinischen Ressourcen** (Güter, Finanzen, Personal) in medizinisch nicht-indizierte Bereiche? Welches sind diese Bereiche (z.B. Schönheitschirurgie etc.)?
- Sind die **Rationalisierungsmaßnahmen** schon ausgeschöpft, durch die die laufenden Gesamtausgaben verringert werden, ohne dass die Qualität der Gesundheitsversorgung leidet?
- Zu den **Haushaltsdiskussionen**:
 - Nach welchen Kriterien sollen sie geführt werden (z.B. Transparenz, Nachvollziehbarkeit der Argumente und Entscheidungen, Beteiligung der Bevölkerung etc.)?
 - Nach welchen Kriterien soll die Zuteilung von Geldern (sowohl auf der oberen als auch auf der unteren Makroebene) erfolgen (z.B. Effizienz, Effektivität, Wirkgrad, Bedarf etc.)?
 - Nach welchen **Kriterien** wird das „**spending review**“ de facto bereits durchgeführt?
- Das Land muss die Gesundheitsversorgung garantieren und für ein **solidarisches und faires Gesundheitswesen** sorgen:
 - Was bedeutet „solidarisch“ und „fair“?
 - Worin besteht die unbedingt zu leistende Mindest-Grundversorgung?⁴

¹ S. dazu: www.eurac.edu/de/research/institutes/geneticmedicine/default.html

² Vgl.: Hermann Atz, Einstellungen zur medizinischen Forschung. Eine Repräsentativbefragung unter der Bevölkerung in Südtirol im Auftrag der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin (12.09.2009), bes. 16-21; Quelle: www.apollis.it/download/19dexterKKfN.pdf (Zugriff: 09.01.2012).

³ Vgl. Dieter Ahrens, Entwicklungstrends im europäischen Gesundheitswesen, in: Provinz Bozen/Abteilung Gesundheitswesen (Hg.), Zuweisung der Ressourcen im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht. Zusammenfassung der Tagung vom 3.12.2004, Bozen 2005, 77.

⁴ Vgl. Herbert Heidegger, Kommentar zur Diskussionsrunde „Entwicklungstrends“, in: Provinz Bozen/Abteilung Gesundheitswesen (Hg.), Zuweisung der Ressourcen im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht. Zusammenfassung der Tagung vom 3.12.2004, Bozen 2005, bes. 112-113.