

BERICHTE UND DOKUMENTE

Im Frühjahr 1986 fand in Wien eine Veranstaltungsreihe zum Thema „Ökonomische Probleme der Sozialversicherung“ des Theodor-Pütz-Arbeitskreises statt, wovon hier die Beiträge über Gesundheitspolitik veröffentlicht werden.

Zur Reform des österreichischen Gesundheitssystems

HANNES SWOBODA

Zur Reform des österreichischen Gesundheitssystems

Das österreichische Gesundheitssystem ist ebenso wie eigentlich alle anderen Gesundheitssysteme der westlichen Welt unter Kritik geraten. Nun kann man zeigen, daß das Versorgungssystem in Österreich durchaus in vielen Bereichen zufriedenstellend funktioniert, und überdies in seiner Gesamtheit anteilmäßig weniger Ressourcen verbraucht, als dies in vielen anderen Staaten der Fall ist. Dennoch, die Kostensteigerungen der letzten Jahre – insbesondere im Krankenhausbereich – lassen den Wunsch nach Reformen als durchaus berechtigt erscheinen. Entscheidend ist auch, daß vor allem diejenigen über Veränderungen nachdenken, die eine Reform wollen und nicht nur diejenigen, für die das wesentliche Reformziel in einem Abbau der öffentlichen Leistungen besteht. Im folgenden sol-

len einige grundsätzliche Reformüberlegungen angestellt werden. Ihnen müßten eine Reihe von Detailvorschlägen folgen, die aber Bestandteil eines möglichst kohärenten Versorgungssystems sein sollten. Will man mögliche und sinnvolle Reformen des bzw. im Gesundheitswesen entwerfen, wären vorrangig folgende Fragen zu klären:

1. Wieviel soll – wieviel möchte – die Gesellschaft für das Gesundheitssystem insgesamt ausgeben?
2. Welche Krankheiten, Behinderungen, Beschwerden etc. sollen mit welchem Stellenwert – und demgemäß welchem finanziellen Aufwand – behandelt werden?
3. Wie gerecht, gleichmäßig verteilt soll der Zugang der Bürger zu den Einrichtungen des Gesundheitssystems sein (nach Einkommensgruppen), regional, altersmäßig etc.)?
4. Welche Betonung soll auf eine betriebsökonomisch gesehen effiziente Verwendung der Ressourcen gelegt werden und welches Kostenabgeltungssystem soll gewählt werden?
5. Bestehen genügend – vor allem auch finanzielle Anreize – um die Ziele, die sich aus der Beantwortung dieser Fragestellungen ergeben, anzustreben, um ihnen näherzukommen?

Diese Anreize wären dabei sowohl auf nationaler Ebene, regional (Länder und Gemeinden) als auch auf der Ebene der einzelnen Einheiten des Versorgungssystems (z. B. Krankenhäuser) vorzusehen.

1. Zur Frage des Ressourcenverbrauchs

Über die Frage wieviel Österreich für die Gesundheitsversorgung aus- gibt, besteht leider große Desinforma- tion, oft auch große Fehlinformation. Eigene Berechnungen aus den Daten der VGR ergaben für die Jahre 1980 bis 1983 7,5 bis 8 Prozent des Sozial- produkts¹. Zu ebensolchen Werten kommt man, wenn man die Berech-

nungen von Obermann und Schöpf extrapoliert². Eine grundsätzliche Be- stätigung erfuhren diese Berechnun- gen durch die jüngste Studie der OECD, die für 1983 den sogar etwas niedrigeren Wert von 7,3 Prozent für Österreich aufweist³. Dies ist im inter- nationalen Vergleich gesehen ein durchaus niedriger Wert. Vor allem weist Österreich auch eine äußerst ge- ringe reale Elastizität der Ausgaben auf.

Tabelle: Anteile der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP

	1960	1975	1983
BRD	4,8	8,1	8,2
Belgien	3,4	5,5	6,5
Kanada	5,5	7,4	(8,2)*
Dänemark	3,6	6,5	6,6
USA	5,3	8,6	10,8
Frankreich	4,3	7,6	9,3
Italien	3,9	6,7	7,4
Japan	3,0	5,7	6,7
Großbritannien	3,9	5,5	6,2
Schweden	4,7	8,0	9,6
Schweiz	3,3	7,1	(7,8)*
OECD-Durchschnitt	4,1	6,7	7,6
Österreich	4,4	6,4	7,3

* Werte für 1982

Auffallend an diesem internationa- len Vergleich sind die relativ großen Unterschiede im Anteil der Ausgaben am Sozialprodukt zwischen Staaten mit gleicher oder zumindest ähnlicher „Wohlfahrtsleistung“. Auffallend ist aber auch, daß das Versorgungssy- stem, das die meisten Marktelemente enthält, das teuerste und eines der finanziell expansivsten ist. Hinzu kommt, daß das System der USA gro- ße Mängel vor allem hinsichtlich der Verteilungsgerechtigkeit aufweist. Dies betrifft sowohl die Zugänglich- keit zu den Leistungen als auch die Belastungen durch die Kosten des Sy- stems.

Die Ursachen und die Mängel, die

zu dem hohen Kostenniveau und zu den starken Kostensteigerungen der letzten Jahre geführt haben, werden aus zwei vergleichenden Analysen, ei- nerseits USA – Großbritannien, ande- rerseits USA – Kanada, recht deut- lich⁴. Es ist vor allem das Ergebnis des Zusammentreffens von staatlichen und sozialversicherungsrechtlichen Versorgungselementen auf der Nach- frageseite, mit einer starken privat- wirtschaftlichen Orientierung der Lei- stungsanbieter (Ärzte, Spitäler etc.). Dieses stark marktwirtschaftlich ge- prägte, dezentrale System führt im Gesundheitsbereich zu hohen Ausga- besteigerungen. Denn die hohe sub- jektive Bewertung des Guts „Gesund-

heit“ und die mangelnde Transparenz und Beurteilungsmöglichkeit der Leistungen für den einzelnen Nachfragenden (Patienten) stärkt die Position der Anbieter. Notwendig sind daher auch Kontrollen und Schranken auf der Anbieterseite, will man die Kostensteigerungen reduzieren. Das wird seit einiger Zeit in den meisten Bundesstaaten der USA versucht.

Mehr Möglichkeiten haben jedoch jene Staaten, die grundsätzlich ein einheitlicheres Versorgungssystem mit Elementen zentraler Steuerung aufweisen. Sie besitzen ein größeres Potential, über den Gesamtressourcenverbrauch im vorhinein zu entscheiden, und diese Entscheidung durch entsprechende Gestaltung des Systems durchzusetzen. So meint die oben erwähnte, vergleichende Studie zwischen Kanada und USA in ihren Schlußfolgerungen: „Obwohl man allein schon aus erhebungstechnischen Gründen mit internationalen Vergleichen vorsichtig sein muß, geht doch ... hervor, daß die Kanadier in ihren Anstrengungen zur Kosteneindämmung und -kontrolle in der letzten Dekade deutlich erfolgreicher waren als ihre südlichen Nachbarn. Während noch 1965 beide Nationen mit 6,0 bzw. 6,2 Prozent einen ähnlich großen Anteil ihres BSPs für die medizinische Versorgung aufwandten, änderte sich das Bild in den siebziger Jahren grundsätzlich. In Kanada erreichte der Anteil der Gesundheitsausgaben am BSP im Jahre 1975 noch einmal den bereits 1971 erlebten Höhepunkt von 7,5 Prozent, um nach der Einführung der neuen Kostenbeteiligungsformel des Bundes sukzessive bis auf 7,2 Prozent im Jahre 1980 abzunehmen. In den USA dagegen sorgte praktisch jedes Jahr die Meldung einer neuen Rekordhöhe für Schlagzeilen.“⁴⁵ Und weiter heißt es in dieser Studie: „Die gerne gemachten Hinweise auf die Gefahren einer aufgeblähten, schwerfälligen und unproduktiven Bürokratie werden dem kanadischen Modell gerade nicht gerecht. Die ohne kompli-

zierte Kostenbeteiligungs- und Abrechnungssysteme und ohne Ausgaben für Marketing, Werbung, Risiko-selektion, Gewinne etc. funktionierenden provinziellen Versicherungspläne sind im Gegenteil bedeutend einfacher und weit billiger durchzuführen als die in den USA gewählte Kombination von privaten Versicherungsplänen für die medizinisch guten und staatlichen Auffangssysteme für die schlechten Risiken.“⁴⁶

Allerdings konnten auch die guten Ergebnisse im kanadischen System nur durch eine bewußte – aber soziale – Sparstrategie erreicht werden. Denn eine Automatik zur Kosteneinsparung und Wirtschaftlichkeit besitzen auch stärker staatlich beeinflusste Systeme nicht. Entsprechend wirksame Anreize können aber leichter in solche Systeme eingebaut werden, als in privatwirtschaftlich dominierte.

Für Österreich läßt sich zusammenfassend sagen, daß wir hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs – sowohl in bezug auf das Niveau als auch auf die jährlichen Steigerungsraten – international gesehen durchaus positiv abschneiden. Dennoch sollte es das Bemühen der öffentlichen Hand sein, die Effizienz der eingesetzten Mittel zu steigern. Dies gilt sowohl für die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit.

2. Zum Stellenwert einzelner Krankheiten und Therapien

Das Spektrum der Krankheiten und die Häufigkeit einzelner Erkrankungen und Behinderungen ist mittel- und langfristigen Veränderungen unterworfen. Änderungen der Umweltbedingungen und Lebensgewohnheiten sowie vor allem demographische Veränderungen (längere Lebensdauer, mehr ältere Menschen) sind die wesentlichen Ursachen dafür. Das Gesundheitsversorgungssystem mußte nun auf diesen Wandel in der Morbiditätsstruktur reagieren, will es seine Effizienz beibehalten bzw. erhöhen.

Auf der anderen Seite gibt es allerdings eine Reihe von Faktoren, die für eine nur mangelhafte Anpassung des Versorgungssystems an die geänderten Anforderungen verantwortlich sind. Dazu gehören die tradierte Ausbildung in den Gesundheitsberufen, vor allem bei den Ärzten sowie der zunehmende Einfluß der „technischen Medizin“. Die technologischen Neuerungen und ihr Einsatz in Diagnostik und Therapie haben in vielen Fällen sicher einen Fortschritt im wahrsten Sinn des Wortes gebracht.

Nicht alle Krankheiten bzw. Therapien sind jedoch gleichermaßen Nutznieher der zunehmenden Technisierung der Medizin. Eine einseitige Konzentration der Medizin auf den Einsatz der Hochtechnologie – genährt und unterstützt durch die entsprechenden Erzeuger- und Vertriebsfirmen – könnte das Versorgungssystem an der bestehenden Bedarfsstruktur vorbeizwängen.

Vor allem ist zu bedenken, daß die insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt sind. Jeder Ressourcenverbrauch in einem Sektor der Medizin verringert das Ausgabenvolumen für die übrigen Bereiche. Daher sollte eine bewußte und auf die Bedarfsstruktur Rücksicht nehmende Ausgabenpolitik verfolgt werden. Zwei Bereiche scheinen mir dabei stiefmütterlich behandelt:

Sinnvoll scheint aus heutiger Sicht einerseits die gezielte Vorsorge auf Grund der Kenntnis der wesentlichen Risikofaktoren für die häufigsten „Zivilisationskrankheiten“ bzw. Todesursachen. Jene Programme, die einige US-Konzerne im Interesse der Produktivität ihrer Angestellten entwerfen und durchführen, müßten doch auch auf gesellschaftlicher Ebene möglich sein⁷.

Besonders dringlich allerdings erscheint aber eine Ausweitung der – vor allem poststationären – Rehabilitation und Pflege, insbesondere der Langzeitpflegemaßnahmen. Letztere sollten primär ambulant und nur so-

weit nötig stationär erfolgen. Vor allem der gestiegene und hohe Anteil alter Menschen macht eine stärkere Orientierung in diese Richtung hin vordringlich. So ist laut jüngster Bevölkerungsprognose des Statistischen Zentralamtes ein weiterer Anstieg der über 60jährigen zu erwarten. Gemäß Hauptvariante erhöht sich dieser Anteil von 1985 bis 2015 von 20 Prozent auf 24 Prozent, die Nebenvarianten errechnen eine Erhöhung auf 22,7 Prozent bzw. 25,9 Prozent⁸. Bei der Volkszählung 1961 lag dieser Anteil noch bei 18,4 Prozent.

Es ist medizinisch und sozial einsichtig, daß die geänderte Altersstruktur einer anders orientierten Gesundheits- und Sozialversorgung bedarf, als eine „jüngere“ Gesellschaft. Eine solche Umstrukturierung (z. B. mehr und bessere Pflegeleistungen) ist auch Ausdruck einer Gesundheitspolitik, die die Gleichheit der Behandlungschancen als ein zentrales Gebot ansieht!

3. Gleichheit und Gerechtigkeit

Im folgenden wird davon ausgegangen, daß den Menschen Gesundheit ein so wichtiges Gut ist, daß die Leistungen aller – unabhängig vom Einkommen, Alter, dem Wohnort etc. – gleichermaßen zur Verfügung stehen sollen. Ein so hehres Ziel zu verwirklichen ist allerdings sehr schwierig. Auch der staatliche Gesundheitsdienst Großbritanniens, dem dieses Gleichheitsziel vorgegeben wurde, hat große Schwierigkeiten, sich dem Ideal anzunähern. Vor allem die regionalen Unterschiede in der Quantität und Qualität sind schwer zu überbrücken. Die Sparmaßnahmen der gegenwärtigen Regierung machen überdies zum Teil die erzielten Erfolge wieder zunichte⁹.

Wesentlich aber ist es, dieses Ziel immer wieder in Erinnerung zu rufen, vor allem entgegengesetzte Maßnahmen zu vermeiden. So würde ein

Selbstbehalt für die medizinischen und pflegerischen Leistungen (ambulant oder stationär) oder die standardmäßige Hotelleistung im stationären Bereich dem Gleichheitsziel widersprechen. Vor allem kann festgehalten werden, je höher die direkte Kostenbeteiligung, je höher also die potentielle Einsparung infolge des Disincentiveeffekts, desto stärker die negative Verteilungswirkung. So hat auch eine Studie in Kanada gezeigt, daß ein wesentlicher Einsparungseffekt nur durch den Rückgang der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen seitens der unteren Schichten erzielt wurde¹⁰. Aber nur eine relativ hohe und damit unsoziale Kostenbeteiligung bewirkt Einsparungen und kompensiert den zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Kostenbeteiligung ist daher keine Reformstrategie, die mit dem Gleichheitsziel vereinbar ist.

Die Ablehnung der Kostenbeteiligung sollte sich allerdings nur auf die medizinischen und pflegerischen Leistungen und auf jene Hotelleistung, die unserem heutigen Lebensstandard entspricht, beziehen (z. B. Dreibettzimmer im Spital). Darüber hinausgehende „Bequemlichkeitspräferenzen“, vor allem im Rahmen der Hotelleistungen, sollten demgemäß voll vom Patienten bzw. dessen Privatversicherung getragen werden.

Besondere Probleme bei der Durchsetzung des Gleichheitsprinzips ergeben sich beim Einsatz sehr teurer Geräte bzw. bei extrem teuren Therapien und Eingriffen z. B. Transplantationen. Hier ist besonders darauf zu achten, daß der medizinische Befund und die Heilungschancen und nicht letztendlich das Einkommen (mittels Privatversicherung bzw. als Privatzahler) für die Behandlung ausschlaggebend sind!

4. Die Suche nach mehr Effizienz

Die Effizienz des Gesundheitsversorgungssystems kann sowohl auf der

volkswirtschaftlichen, als auch auf der betriebswirtschaftlichen Ebene behandelt werden. Im ersten Fall geht es um eine nationale Mittelverwendung, die insgesamt die Ziele des Systems verwirklicht: Treffsicherheit hinsichtlich der Erkrankungen, Gleichheit hinsichtlich der Zugänglichkeit, optimale Aufteilung auf den ambulanten und stationären Sektor sowie auf Vorsorge, Akutbehandlung, Nachsorge, Rehabilitation und Langzeitpflege etc. Da diese Ziele in Österreich kaum, und vor allem kaum konkret definiert sind, kann auch die Effizienz auf nationaler Ebene nicht überprüft werden. Es besteht aber einigermaßen Anlaß für die Befürchtung, daß auch das österreichische System durch einige Effizienzmängel gekennzeichnet ist. (Siehe dazu Punkt 2 und Punkt 5.)

Die Effizienz ist aber auch auf betrieblicher Ebene zu überprüfen. Und in der Tat steht die betriebswirtschaftliche Effizienz des Krankenhauses bzw. der Abgeltungssysteme für den stationären Bereich im Zentrum der Reformdiskussion im Gesundheitswesen.

Die Nachteile des bestehenden, retrospektiven Abgeltungssystems, das noch dazu in der Abgeltung für den standardisierten Pfl egetag auch einen Deckungsbeitrag für die Fixkosten enthält sind klar: Es besteht kein Anreiz zur Sparsamkeit, im Gegenteil, eine möglichst große Ausstattung bestehender Kapazitäten wird angeregt.

Daher gibt es viele Überlegungen zu einem neuen System, das Einsparungen erzwingt. Man muß sich jedoch klar sein, daß es kaum eindeutige Kriterien gibt, die festlegen, welche Einsparungen auch medizinisch vertretbar und positiv zu bewerten sind. Vor allem gibt es keine Mechanismen, die medizinisch unbedenkliche Einsparungsmaßnahmen fördern und garantieren, darüber hinausgehende Einsparungen jedoch vermeiden bzw. verhindern. Auch unterscheiden sich die einzelnen Systeme der prospekti-

Übersicht: Auswirkungen der prospektiven Abgeltung

	Pflegetag	Fall	Einzelleistung	fixes Budget
Behandlungsfälle	+	+	+	-
Verweildauer	+	-	+	-
Komplexität der Behandlung	-	-	+	-

ven, also vor der Leistungserbringung festgelegten Abgeltung der Krankenhausleistung, in ihren konkreten Auswirkungen, wie obige Übersicht zeigt.

Alle vier hier genannten prospektiven Entgeltungssysteme erhöhen den Anreiz, die einzelnen Leistungen möglichst sparsam und kostengünstig zu erbringen. Auf die Summe der zu erbringenden Leistungen, Behandlungsfälle, die Verweildauer etc., sind die Auswirkungen allerdings sehr unterschiedlich. Vor allem, solange in der Abgeltung des Falles (so auch beim DRG-System, das in den USA weit verbreitet ist), des Pflegetages oder der Einzelleistung auch ein Deckungsbeitrag zu den Fixkosten enthalten ist, besteht der Anreiz, diese Positionen zu steigern, um so Deckungsbeiträge zu maximieren. Nur die fixe Budgetabgeltung bewirkt einen durchgehenden Einsparungsdruck. Weil dieser auf der anderen Seite jedoch zu qualitätsmindernd sein kann, entwickelten Eggenhofer und Stepan¹¹ ein System, das folgendermaßen strukturiert ist: „Durch die Aufspaltung der Finanzierung in eine outputbezogene Abgeltung der variablen Kosten und eine zeitraumbezogene, budgetmäßige Abgeltung der fixen Kosten lassen sich die beiden grundsätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten (outputbezogen – budgetorientiert) derart kombinieren, daß unerwünschte Anreize weitgehend eliminiert würden.

- Der größenordnungsmäßig dominierende Fixkostenblock läßt sich durch Budgetvorgaben nicht nur kontrollieren, sondern bietet dem Träger die Möglichkeit – im Rahmen eines Krankenanstaltenplans – marktorientiert und autonom seine Behandlungseinrichtungen zu gestalten, ohne durch prozeß- oder diagnoseorientierte Finanzierung irritiert zu werden.
- Für einen outputbezogenen Kostenersatz kann auf Deckungsbeiträge verzichtet werden, da nun die Abdeckung der Fixkosten über Budgets erfolgt. Damit sind keine Anreize zur Kapazitätsauslastung mehr gegeben.
- Durch die laufende Abdeckung der variablen Kosten bilden an Patienten erbrachte zusätzliche Einzelleistungen keine Belastung des Budgets; somit bietet dieses System keinen Anreiz zu einer restriktiven Angebotspolitik¹².

Auch dieses, die beiden alternativen Entgeltsysteme (outputbezogen bzw. budgetorientiert) verbindende Abgeltungssystem ist nicht vollkommen und müßte vor allem hinsichtlich der Abgeltung der variablen Kosten noch näher definiert werden. Es ist jedoch in diesem Zusammenhang ausführlicher zitiert worden, weil es grundsätzlich hinsichtlich seiner klaren Aussagen überzeugt und sich in einen nationalen Krankenanstaltenplan gut einplanen läßt.

5. Anreize für ein optimales Versorgungssystem

Im Mittelpunkt der theoretischen Überlegungen und der praktischen Reformmaßnahmen in den westlichen Industriestaaten stehen – beeinflusst durch die starken Kostensteigerungen in den Krankenhäusern der USA – die betriebswirtschaftlichen Reformmaßnahmen im stationären Sektor. Das ist auch in Österreich der Fall. Den Effizienzüberlegungen im Spital wird weitaus mehr Gewicht gegeben als der Suche nach der optimalen Struktur des Gesundheitsversorgungssystems überhaupt. Dabei stoßen die Spar- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen im Spital recht schnell an Grenzen, wenn nicht das gesamte Versorgungssystem in die Überlegungen miteinbezogen wird.

Die Zersplitterung des Systems, in dem es weder klar abgrenzende Verantwortungsbereiche noch eine kooperative Verantwortlichkeit gibt, verhindert nämlich optimale Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen. Für die stationäre Akutversorgung sind alle Beteiligten teilverantwortlich. Dies hat zur Folge, daß jeder auf Kosten der anderen sparen möchte. Umschichtungen und Verlagerungen, z. B. aus der stationären Akutversorgung in die ambulante Pflege, in die Rehabilitationen bzw. in eine geeignete Langzeitpflege stoßen auf Schwierigkeiten. Die Länder, die eine solche Umstrukturierung in Gang setzen würden, müßten die vollen Kosten tragen und hätten nur geringe Einsparungen. Anders z. B. die Träger der Sozialversicherung. Sie würden aus einer solchen Verlagerung „gewinnen“. Gleiches gilt für Investitionen in technische Geräte, die die Verweildauer und damit die Pflage im Spital verringern. Eine solche Investition durch den Spitalserhalter geht zu Lasten des Investors und entlastet die Krankenversicherungsträger. Diese wieder haben Angst, daß die Reduktion der Verweildauer unmittelbar

durch zusätzliche Patientenaufnahmen kompensiert werden würden. Solche Streitigkeiten, wie sie vor allem im Zusammenhang mit der Aufstellung eines Nierensteinzertrümmers in Wien zutage getreten sind, beruhen aber genau auf jener äußerst unvollkommenen und unbefriedigenden Versorgungs- und Finanzierungsstruktur. Nun könnte ein staatlicher Gesundheitsdienst im Idealfall eine von einheitlichen Interessen getragene, koordinierte Versorgungsweise garantieren. Allerdings würde der Ruf nach einem solchen System den österreichischen Gegebenheiten (förderative Struktur, verschiedene Versicherungsträger etc. nicht Rechnung tragen. Daher sollte an einer Regelung bzw. Institution, die es schon gibt, angeknüpft werden.

Um die Krankenhausfinanzierung auf eine kooperative Basis zu stellen, wurde der KRAZAF (Krankenanstalten-zusammenarbeitsfonds) gegründet. Wie aber oben angeführt, ist eine getrennte Betrachtung und Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors (und wie sind teilstationäre Bereiche zu behandeln?) völlig inadäquat und überholt!

Es müßte also die gesamte Versorgung über ein gemeinsames Instrument sichergestellt und finanziert werden. (Dabei wäre es auch theoretisch möglich, für jedes Bundesland einen solchen Fonds zu gründen, wenngleich bei den österreichischen Größenverhältnissen ein Fonds auf nationaler Ebene vorzuziehen wäre.) Dieser Gesundheitsversorgungsfonds oder einfacher Gesundheitsfonds wäre von allen bisherigen Finanzierungsträgern zu gründen und mit Finanzierungsmitteln auszustatten. Dabei könnte Sorge getragen werden, daß alle Beteiligten etwa im Verhältnis zu ihren bisherigen Leistungen belastet werden. Damit würde die gemeinsame Verantwortung für die Gesundheitsversorgung klargestellt. Es gäbe ein gemeinsames Interesse an Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, und kei-

ner könnte auf Kosten eines anderen Beteiligten seine Leistungen verringern. Dazu könnten auch entsprechende Zwischenformen einer teilstationären bzw. teilambulant Behandlung (Tages- und Nachtkliniken) ausgebaut werden. Deren Ausbau würde vom Bedarf und vom Einfluß auf die Gesamtversorgungskosten abhängen, und nicht an Finanzierungs- und Überwältigungstreitigkeiten zwischen einzelnen Finanzierungsbeteiligten scheitern.

Gemeinsam könnten dann auch Vor- und Nachsorgezentren errichtet werden, wie z. B. der Gesundheitspark in München. Dieser hat drei Aufgaben: „1. Gesundheitsbildung und Gesundheitsvorsorge, 2. Ergänzung und Erweiterung ärztlicher Therapiemaßnahmen, 3. Nachsorge, Rehabilitation und Zweitprävention im Anschluß ärztlicher Therapien und Kuren“¹³. Alle Finanzierungsträger müßten Interesse an solchen oder ähnlichen Formen einer gemeindebezogenen Gesundheitsvorsorge haben! Vor allem wäre auch eine bessere Koordination mit den therapeutischen und Sozialdiensten anzustreben.

Auch eine bessere Abstimmung der Investitionen, sowohl der baulichen, aber vor allem auch hinsichtlich der Großgeräte für Diagnose und Therapie, wäre dann möglich. Grotesken wie um den Nierensteinertrümmerer wären dann vermeidbar. Ebenso vermeidbar wären die sich abzeichnenden Überkapazitäten im Bereiche der Computer- und Kernspintomographie.

Ein solcher Fonds müßte auch Vorschläge ausarbeiten, wie neue bzw. zusätzliche Aufgaben, z. B. eine bessere Versorgung und Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen erreicht werden könnte. Dabei kann der finanzielle Mehraufwand entweder durch Kürzungen in anderen Bereichen zur Verfügung gestellt werden, oder es müßten neue Mittel aufgebracht werden. Im Falle der Pflegebedürftigen wird dies unter anderem unter dem

Schlagwort „Pflegeversicherung“ diskutiert. Zuerst wäre jedoch auch hier der zusätzliche Bedarf gegliedert, nach einzelnen Einrichtungen – Pflegebetten, geriatrische Tageszentren, mobile Dienste, Wohngemeinschaften, die von Stützpunkten aus versorgt werden, etc. – zu ermitteln bzw. festzulegen. Dann wäre darüber zu diskutieren, welche dieser Leistungen, die die Nicht-Pflegebedürftigen aus ihren Einkommen finanzieren müssen, direkt mittels Kostenbeteiligung zu tragen wären – eventuell nach Einkommen gestaffelt. Dann erst könnte errechnet werden, welche zusätzlichen Mittel gesellschaftlich – sei es durch zusätzliche Budgetmittel der Gebietskörperschaften, sei es durch Zuschläge zur Krankenversicherung – aufgebracht werden müßten. Beginnt man diese Diskussion mit der Aufzählung der Vor- und Nachteile der Pflegeversicherung, dann zäumt man auch hier das Pferd vom Schwanz auf. Überdies beginnt sofort der Streit darüber, welcher Finanzierungsträger, welche Kosten, auf wen abwälzen möchte. Auf der Strecke bleibt der alte, pflegebedürftige Patient. Ein umfassender Gesundheitsfonds als Ausdruck gemeinsamer Verantwortung könnte helfen, diese Art an Versorgungsprobleme heranzugehen, zu überwinden.

6. Zusammenfassung

Notwendig ist also eine Neuorientierung, die nicht von finanziellen Überlegungen ausgeht, sondern vom geänderten gesellschaftlichen Bedarf nach medizinischen Leistungen. Die geänderte Morbiditätsstruktur, nicht zuletzt aufgrund der heutigen Lebensweisen und des höheren Anteils alter Menschen, verlangt nach einer anderen Struktur medizinischer Leistungen. Sowohl die gezielte Vorsorge, die geänderte Lebensweisen miteinschließt, als auch Maßnahmen der Rehabilitation und der Langzeitpflege

sollten einen höheren Stellenwert einnehmen. Überdies sollten den verschiedensten Formen einer ambulanten und teilstationären Versorgung dort der Vorrang eingeräumt werden, wo dies auch medizinisch vertretbar ist.

Erst wenn diese Zielsetzungen festgelegt und konkretisiert sind, z. B. in einem Gesundheitsversorgungsplan, der sowohl einen Krankenanstaltenplan als auch den koordinierten Ausbau von sozialmedizinischen Zentren enthält, kann eine vernünftige Finanzierungsregelung gefunden werden. Diese muß sich nämlich durch eine große Offenheit gegenüber stationären, ambulanten und teilstationären Einrichtungen auszeichnen. Denn nicht die Art der Finanzierung soll die organisatorische Struktur des Gesundheitssektors festlegen, wie es weitgehend derzeit der Fall ist, sondern diese soll durch den medizinischen und pflegerischen Bedarf bestimmt werden, und in der Folge ihrerseits die Finanzierung gestalten. Deshalb müßte auch der KRAZAF, der sich auf die Finanzierung der Krankenanstalten beschränkt, in einen Gesundheitsfonds umgewandelt werden, der die Gesundheitsversorgung generell finanziert und die optimale Versorgungsstruktur begünstigt und nicht verhindert. Alle beteiligten Finanzierungsträger gemeinsam müßten dann für kostensparendes Verhalten auch innerhalb der einzelnen Teilbereiche Sorge tragen. Sie hätten auch ein gemeinsames Interesse daran.

Anmerkungen

- 1 Swoboda, H. (1985), Mehr Ökonomie im Gesundheitswesen, in: *Wirtschaft und Gesellschaft* Nr. 3
- 2 Obermann, G./Schöpf, A. (1981), Die langfristige Gesundheitsquote in Österreich, in: *Das öffentliche Haushaltswesen*, Heft 2-3
- 3 OECD (1985), *Measuring Health Care, 1960-1983*, Paris
- 4 Aaron, H. J./Schwartz, W. B. (1984), *The Painful Prescription*, Washington sowie Sommer, J. H. (1983), *Kostenkontrolle im Gesundheitswesen*, Diessenhofen
- 5 Sommer, J. H. (1983), S. 291 f.
- 6 Sommer, J. H. (1983), S. 294 f.
- 7 Herzlinger, R. E./Calkins, D. (1986), How companies tackle health care costs: Part III, in: *Harvard Business Review* 1-2
- 8 Österreichisches Statistisches Zentralamt, (1985), *Statistische Nachrichten*, Heft 12, S. 843 ff.
- 9 *Guardian*, 19. März 1986
- 10 Beck, R. G. (1974), The effects of copayment on the poor, in: *Journal of the Human Resources*, Nr. 9, S. 129-142
- 11 Eggenhofer, G./Stepan, A. (1984), Anreizsysteme im österreichischen Krankenanstaltenwesen, Arbeitspapier Nr. 1, Wien (unveröffentlicht)
- 12 Stepan, A. (1985), Möglichkeiten eines leistungsgerechten Finanzierungssystems für österreichische Krankenhäuser, in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Band 8, Heft 4, S. 432-445
- 13 Eberle, G. (1985), Der Gesundheitspark in München, in: *Die Ortskrankenkasse* 15-16