

---

# Mehr Ökonomie im Gesundheitswesen?

## Überlegung zur Frage der Kostendämpfung im Krankenanstaltenbereich

Hannes Swoboda

---

Es ist empirisch eindeutig belegt, daß jedenfalls in den Industrieländern der Gesundheitssektor in den letzten Jahren und Jahrzehnten einen wachsenden Anteil der ökonomischen Ressourcen in Anspruch nahm. Ebenso offensichtlich ist, daß sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung in diesen Staaten nicht parallel zur Ressourcenbeanspruchung verbessert hat. Überhaupt sind keine klaren und eindeutigen Beziehungen zwischen Wohlfahrt und Gesundheit einerseits und dem Versorgungsstandard (Ärzte pro 1.000 Einwohner, Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner, Anteil der Gesundheitsausgaben am BNP etc.) herzustellen (Macra, 1984).

Damit soll zwar nicht der Einfluß des Gesundheitssystems im engeren Sinn auf das Erkrankungs- bzw. Heilungsrisiko im Einzelfall und bei bestimmten Krankheiten geleugnet werden.

Aber allem Anschein nach sind die hygienischen Verhältnisse, die Ernährungs- und sonstigen Lebensgewohnheiten, die Arbeitsbedingungen etc., doch die wesentlichen Einflußfaktoren auf die Gesundheit. Umsomehr scheint es angebracht das Gesundheitssystem, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität einerseits und der Kostenentwicklung andererseits zu untersuchen. Auch diejenigen, die primär soziale Kategorien vor Augen haben, wenn sie das Gesundheitssystem analysieren (Verbesserung der Lebensbedingungen, Verringerung der sozial bedingten Ungleichheiten bei der Krankheitsentstehung und der Versorgung etc.) können sich an der Kostenentwicklung nicht uninteressiert zeigen. Denn die Mittel, die die Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung aufzuwenden vermag, sind notwendi-



gerweise begrenzt. Was immer für ein Teil am Sozialprodukt für Gesundheit zur Verfügung gestellt wird, je rationeller der Mitteleinsatz, desto mehr kann das Versorgungssystem leisten.

### Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Den westlichen Industriestaaten ist ein starkes Ansteigen des Anteils der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt gemeinsam. Allerdings gibt es doch deutliche Unterschiede in der Höhe des Anteils und im Wachstum. Spitzenreiter sind die USA mit einem BIP-Anteil im Jahre 1983 von 10,8 Prozent. Frankreich, Niederlande und Schweden liegen bei etwas über 8 Prozent. Großbritannien bildet das Schlußlicht mit ungefähr 6 Prozent (Abel Smith, 1984; Malloy, 1984; Reisler, 1985). Der kontinuierlich steigende Ressourcenverbrauch ist für die Vereinigten Staaten am deutlichsten: 1950 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 4,4 Prozent, 1960: 5,3 Prozent, 1970: 7,5 Prozent und 1980: 9,5 Prozent. Diese Entwicklung ist nicht zuletzt gesellschaftspolitisch interessant. Dort wo das Gesundheitssystem am stärksten privatwirtschaftlich organisiert ist und der Staatseinfluß zwar etwas zunahm, aber immer noch weit unterrepräsentiert ist, war das Wachstum der Ausgaben am ausgeprägtesten und zeigt der Ressourcenverbrauch das höchste Niveau.

In Österreich gibt es leider keine genaueren Berechnungen des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP. Addiert man jedoch die laufenden privaten und öffentlichen Ausgaben für Gesundheit sowie die öffentlichen Investitionen im Gesundheitssektor, so erhält man Gesamtausgaben, in denen nur die relativ geringfügigen privaten Investitionen im Gesundheitsbereich unberücksichtigt bleiben. 1970 betrug der Anteil des privaten Konsums sowie der öffentlichen Konsum- und Investitionsausgaben (incl. Sozialversicherung) am verfügba-

**Tabelle 1**

**Ausgaben für Gesundheit in Milliarden Schilling**

|              | 1<br>privater Konsum | 2<br>öffentlicher Konsum | 3<br>öffentliche Investitionen | 4<br>Summe<br>1-3 | 5<br>Verfügbares Güter-<br>und Leistungsvolumen | 4 in %<br>von 5 |
|--------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| 1970         | 7,5                  | 12,6                     | 1,0                            | 21,1              | 372,0                                           | 5,7             |
| 1975         | 15,2                 | 26,7                     | 2,4                            | 44,3              | 651,0                                           | 6,8             |
| 1980         | 25,5                 | 45,0                     | 3,3                            | 73,8              | 1.014,0                                         | 7,3             |
| 1981         | 27,6                 | 49,4                     | 4,5                            | 81,5              | 1.070,0                                         | 7,6             |
| 1983         | 32,8                 | 53,8                     | 4,1                            | 90,7              | 1.196,0                                         | 7,6             |
| 1983:        |                      |                          |                                |                   |                                                 |                 |
| (1980 = 100) | 128,5                | 119,5                    | 124,5                          | 122,9             | 117,9                                           |                 |
| 1983:        |                      |                          |                                |                   |                                                 |                 |
| (1970 = 100) | 434,3                | 428,2                    | 410,0                          | 429,8             | 321,0                                           |                 |

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt



ren Güter- und Leistungsvolumen 5,7 Prozent, 1980 7,2 Prozent und 1983 7,5 Prozent. Bedenkt man, daß 1983 österreichweit nur etwa 20 Prozent der Betten in privaten Krankenhäusern aufgestellt waren, so können die privaten Investitionen dieses Bild kaum verändern. Jedenfalls liegt Österreich im internationalen Vergleich im unteren Bereich und gehört damit zu den Ländern mit einem relativ sparsamen Gesundheitssektor.

Zu sehr ähnlichen Ergebnissen kamen auch die Schätzungen von Obermann u. Schöpf, die allerdings von etwas höheren Investitionsausgaben ausgehen.

Für 1970 berechnen sie Gesundheitsausgaben in der Höhe von 22,13 Milliarden Schilling und für 1975 von 47,47 Milliarden Schilling. Gemessen am BIP ergibt sich dann eine Ausgabenquote von 5,89 bzw. 7,23 Prozent. Da ihre Berechnungen nur bis 1977 gehen, ist ein Vergleich von Werten für die frühen achtziger Jahre nicht möglich (Obermann/Schöpf, 1981). Klar ersichtlich ist der langfristige Trend überdurchschnittlich steigender Gesundheitsausgaben, aber ebenso das relative Einschleifen in den letzten Jahren!

Was sind nun aber die Ursachen des internationalen Trends überdurchschnittlich steigender Gesundheitsausgaben? Wie meist gibt es eine Reihe von Ursachen und den Beitrag der einzelnen Faktoren abzuschätzen ist nicht nur schwierig, sondern unmöglich. Man kann aber strukturelle und politische Faktoren sowie Ursachen, die im Gesundheitssystem selbst gelegen sind unterscheiden ohne dabei allerdings auf Wechselwirkungen zwischen einzelnen Faktoren zu vergessen (vergleiche dazu Abel-Smith, 1984 und Dogan, 1985).

- a) Ein wesentlicher struktureller Faktor sind demographische Veränderungen, insbesondere der Altersaufbau der Bevölkerung. Die Zunahme des Anteils der über 60jährigen, in manchen Fällen der über 80jährigen, hat auf die Gesundheitsausgaben insbesondere auch im stationären Bereich einen kostensteigenden Einfluß. Für Österreich jedoch kann keine diesbezügliche Tendenz festgestellt werden, was den Anteil der über 60jährigen betrifft, er ist sogar gesunken. Allerdings ist der Anteil der über 80jährigen zwischen 1970 und 1983 um 41 Prozent gestiegen.
- b) Weitgehender politischer Konsens bestand in den letzten Jahrzehnten hinsichtlich einer Ausdehnung der Krankenversicherung auf immer größere Teile der Bevölkerung. Ende 1983 waren 4,3 Millionen Österreicher krankenversichert, 1970 jedoch nur 3,8 Millionen (ohne Mitversicherte).
- c) Die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitssektor ist überdurchschnittlich gestiegen. 1970 wurden in Österreich 13.682 berufsausübende Ärzte gezählt, 1983 20.390. Kommen 1970 185 Ärzte auf 100.000 Einwohner, so waren es 1983 bereits 270 – ein auch international sehr hoher Wert. Die Beschäftigten im Krankenpflagedienst, Medizinisch-technischen Dienst und Sanitätsdienst nahmen von 24.421 1970 auf 43.332 im Jahre 1983 zu. Das sind um 77 Prozent mehr gegenüber +50 Prozent bei den Ärzten. Im Vergleich dazu betrug die



Zunahme der Beschäftigten im Dienstleistungssektor insgesamt zwischen 1970 und 1983 36 Prozent.

- d) In den meisten Ländern wurde nicht nur das Personal vermehrt, sondern auch verschiedene Einrichtungen wurden ausgebaut. Gerade in Österreich hat sich jedoch die Anzahl der Betten seit 1970 nur um ca. 4 Prozent (in Wien nur +2,5 Prozent) vermehrt. In den letzten Jahren ging die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten jedoch zurück, insbesondere in Wien.
- e) Der Gesundheitssektor als ein Teil der öffentlichen Dienstleistungen leidet ebenfalls auf Grund der hohen Personaltangente – unabhängig von Personalsteigerungen – und des kaum arbeitsplatzsparenden technischen Fortschritts an der „Kostenkrankheit des öffentlichen Sektors“ (überdurchschnittliche Inflationsrate). 1983 betrug der Anteil der Personalkosten in den Krankenhäusern etwas über 67 Prozent.
- f) Das Gesundheitswesen ist vor allem in den letzten Jahren durch eine zunehmende Verwendung komplizierter technischer Geräte gekennzeichnet, die ihre Spuren auch in der Kostenrechnung hinterlassen.

Als Indikator möge die Zuwachsrate von drei Spitzenversorgungsleistungen dienen: Haemodialyse, Computer-Tomographie, intensivmedizinische Betreuung. Diese Leistungen stiegen allein zwischen 1982 und 1984 um jeweils 33, 49 und 25 Prozent. Insgesamt stiegen die im Rahmen des Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds gemessenen und mit Leistungspunkten bewerteten 26 Spitzenversorgungsleistungen in diesem Zeitraum um fast 19 Prozent. (In Wien, das 1984 über ein Drittel aller Leistungen erbrachte, war eine Zunahme um 23 Prozent zu verzeichnen.)

### **Die Kostenentwicklung in Österreichs Spitälern**

Schon die bisherigen Betrachtungen der Ursachenfaktoren für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen legen nahe, den Krankenhausbereich besonders zu betrachten. Auch das überdurchschnittliche Wachstum der Ausgaben für Anstaltspflege durch die Krankenversicherungen unterstützten den Wert dieser gesonderten Betrachtung. Im Zeitraum 1978–1983, für den es auch Kostenrechnungsergebnisse im Rahmen des Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds gibt, sank der Anteil an den Gesamtausgaben für ärztliche Hilfe von 25,6 Prozent auf 25,3 Prozent, für Heilmittel von 13,1 Prozent auf 12,8 Prozent während die Ausgaben für Anstaltspflege von 24,8 Prozent auf 25,3 Prozent stiegen.

Die Kostenentwicklung bei den Spitälern ist – wie erwähnt – seit der Gründung des Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds stärker unter Beobachtung – und langfristig hoffentlich auch stärker unter Kontrolle. 156 Krankenanstalten mit ca. 76 Prozent der gesamten Bettenkapazität der österreichischen Spitäler werden derzeit statistisch erfaßt und ausgewertet. Im Beobachtungszeitraum (1978–1983) stiegen die



Gesamtkosten etwa doppelt so stark wie der Verbraucherpreisindex (59 Prozent gegenüber 28 Prozent). Wie schon erwähnt, dominieren die Personalkosten mit 1983 etwa 67 Prozent der Kosten. Allerdings weisen sie ein leicht unterdurchschnittliches Wachstum auf, gegenüber den Energiekosten, aber auch den medizinischen Ge- und Verbrauchsgütern.

Zwischen 1978 und 1983 sank die durchschnittliche Auslastung der Spitäler um etwa einen Prozentpunkt von 81,85 auf 80,75 Prozent. Dies ist vor allem das Ergebnis einer deutlich gesunkenen durchschnittlichen Belagsdauer (von 15,4 auf 13,6 Tagen) die durch die gestiegene Krankenhaus häufigkeit nicht kompensiert wurde. Aus diesem Grund sind auch die Kosten pro Belagstag stärker gestiegen als pro stationärem Patienten.

Genau vergleichbare Werte über eine einheitliche Zahl von Krankenanstalten gibt es bloß für die Jahre 1980–1983 und vorläufige Werte für das Jahr 1984. Die Tabellen 2 und 3 geben daher nur einen Überblick über die Leistungs- und Kostenentwicklung dieser Jahre.

**Tabelle 2**

|                                            | 1980   | 1981   | 1982   | 1983   | 1984   |
|--------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Stationäre Patienten<br>in 1.000           | 1.332  | 1.329  | 1.351  | 1.386  | 1.405  |
| Belagstage<br>in 1.000                     | 19.262 | 18.925 | 18.624 | 18.516 | 18.556 |
| durchschnittliche<br>Auslastung in Prozent | 80,94  | 81,04  | 80,80  | 80,74  | 81,12  |
| durchschnittliche<br>Belagsdauer in Tagen  | 14,46  | 14,22  | 13,74  | 13,36  | 13,20  |

**Tabelle 3**

|                                                    | 1980   | 1981   | 1982   | 1983   | 1984   |
|----------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Endkosten<br>in Millionen Schilling                | 22.421 | 25.032 | 27.534 | 29.626 | 32.337 |
| Endkosten je Belagstag<br>in Schilling             | 1.165  | 1.325  | 1.480  | 1.595  | 1.751  |
| Endkosten je stationären<br>Patienten in Schilling | 18.876 | 18.878 | 20.399 | 21.330 | 23.117 |

Quelle: Koos, G. (1984) Krankenanstalten-Kostenwegrechnung gemäß KRV-Ergebnisse 1983, in: Österreichische Krankenhauszeitung Nr. 25 und mündliche Informationen.



Über alle Strukturveränderungen hinweg bleibt jedoch die Tatsache bestehen, daß die Kosten der Spitäler nicht nur etwa doppelt so stark stiegen wie die Inflation, sondern auch etwa eineinhalbmal so stark wie das Bruttosozialprodukt. Da die Spitäler insgesamt zwischen 40 und 50 Prozent der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen, ist die Kostendämpfung im Krankenhauswesen ein durchaus berechtigtes gesellschaftliches Ziel.

In den letzten Jahren wurden in Theorie und Praxis umfangreiche Überlegungen angestellt, um der starken Kostenentwicklung im Gesundheitswesen generell und im stationärem Bereich speziell Einhalt zu gebieten. Der größte Mangel der meisten Überlegungen und Modelle jedoch ist, daß sie von den gegebenen Strukturen ausgehen und kaum Strukturveränderungen miteinbeziehen. Zwar hat auch der Gesundheitssektor eine stärkere betriebswirtschaftliche Orientierung nötig, doch wird dies allein kaum ausreichen. Sowohl die sozialen Zielsetzungen der Gesundheitsversorgung als auch die ökonomischen Ziele verlangen nach strukturellen Anpassungen. Dennoch sollen im folgenden vorerst die wesentlichen betriebswirtschaftlichen Instrumente beleuchtet werden, bevor die grundsätzlichen Gedanken in den Schlußfolgerungen wieder aufgenommen werden.

Ansatzpunkt der Kritik sind die verschiedenen Mängel der bestehenden Kostenrechnungs- und Kostenersatzsysteme, insbesondere der fehlende Anreiz zu sparsamerem Ressourcenverbrauch. Kritisiert wird vor allem die – jedenfalls vom Prinzip her – bestehende Tendenz, die bestehenden Kapazitäten voll auszunützen, um einen möglichst hohen Deckungsbeitrag zu den Fixkosten zu erzielen. Dies kann vor allem durch eine Verlängerung der Verweildauer bzw. durch mehr Aufnahmen als medizinisch begründet erfolgen. Allerdings werden diese Maßnahmen desto eher ergriffen werden, je stärker sich das einzelne Krankenhaus an privatwirtschaftlichen Kriterien orientiert. Daher müssen auch bei der Beurteilung der im folgenden charakterisierten Reformmodelle die konkreten Mängel des in einem Land bestehenden Kostenersatzsystems berücksichtigt werden.

### **Kostendämpfung durch Budgetrestriktionen**

Die Bemühungen um geringere Kostensteigerungen im stationären Bereich beginnen bei entsprechenden Maßnahmen im nationalen Gesundheitssystem generell und gehen bis zu Sparmaßnahmen auf der Ebene einzelner Spitäler und Spitalsabteilungen. Die einfachste Methode besteht sicherlich in Sparmaßnahmen bei der Budgetierung des Gesundheitssektors auf nationaler Ebene. Dies vor allem dann, wenn das nationale Budget die Hauptfinanzierungsquelle für die Gesundheitsversorgung darstellt wie in Großbritannien. Nicht zufällig weist Großbritannien unter allen westlichen Industriestaaten den geringsten relativen Ressourcenverbrauch für die Gesundheitsversorgung auf.



Ein detaillierter Vergleich der Versorgungsleistungen in Großbritannien und den USA zeigt deutlich den Einfluß einer sparsamen nationalen Budgetierung im Rahmen des staatlichen britischen Gesundheitssystems (Aaron/Schwartz, 1984; Aaron/Schwartz, 1985; sowie Macrae, 1984). Zum Teil liegt der eindeutig niedrigere Ressourcenverbrauch – bei etwa gleichen Morbiditäts- und Mortalitätsraten in beiden Ländern – in geringeren Kosten pro Leistungseinheit begründet. Insbesondere die Personalkosten in Großbritannien sind um einiges niedriger als in den USA. Andererseits bestehen aber auch nicht unbeträchtliche Leistungsunterschiede.

Zwar gibt es Therapien, die in beiden Ländern auf selbem Niveau angeboten werden. Dazu gehören die Behandlungen von Bluterkrankungen, die Strahlentherapie bei Karzinomen und Knochentransplantationen. Andererseits gibt es jedoch eine Reihe von Untersuchungen und Therapien, die in Großbritannien eindeutig rationiert sind. So werden – jeweils im Verhältnis zu den Vereinigten Staaten – pro Kopf der Bevölkerung nur halb soviel Röntgenaufnahmen gemacht und pro Aufnahme nur halb soviel Filme verwendet. Die Gesamtrate von Behandlungen im Falle von Nierenversagen liegt ebenfalls bei der Hälfte im Vergleich zu den USA. Zwar werden ähnlich viel Transplantationen, jedoch weit weniger Dialysen durchgeführt, vor allem im höheren Alter. Großbritannien hat nur ein Sechstel der Computertomographie-Kapazität der USA und ein Fünftel bis ein Zehntel der Intensivbetten – jeweils in Relation zur Bevölkerung. Sowohl Hüftoperationen (künstliche Hüfte) als auch Bypass-Operationen werden in deutlich geringerem Ausmaß durchgeführt. Was die letzteren betrifft, so sind die britischen Ärzte weitaus skeptischer als ihre amerikanischen Kollegen sowohl hinsichtlich des lebensverlängernden als auch des lebenserleichternden Effekts dieser Operation. Was die Chemotherapie bei Karzinomen betrifft, so wird sie etwa im gleichen Ausmaß bei „potentiell heilbaren“ Erkrankungen eingesetzt, bei Karzinomen mit geringeren Heilungschancen findet jedoch in Großbritannien die Chemotherapie geringeren Einsatz. Auch hier werden wieder Zweifel über die Lebensqualität während bzw. nach der Behandlung geäußert.

Die Ursachen für das im Durchschnitt geringere Behandlungsniveau sind dabei sowohl medizinische Urteile als auch begrenzt verfügbare Finanzmittel, die ein geringeres Versorgungsniveau dort erzwingen, wo diese mit der ärztlichen Ethik vereinbar ist. Hinzu kommt, daß das mehrheitlich privatwirtschaftlich ausgerichtete Gesundheitssystem in den USA über das direkte ökonomische Interesse des Arztes zu einer überdurchschnittlichen Anzahl von Behandlungsleistungen führt. Denn im Unterschied zu Großbritannien besteht in den USA zwischen der Höhe des ärztlichen Einkommens und der Zahl der Diagnose- und Therapieleistungen in den meisten Fällen ein direkter Zusammenhang.

Zwar wurden seit Anfang der sechziger Jahre in den USA zwei staatliche Versicherungssysteme – Medicare für die Älteren und Medicaid für die Armen – ausgebaut, doch die privatwirtschaftliche und damit kosten- und vor allem kostensteigerungs-intensive Orientierung



des Gesundheitssystems wurde kaum verändert. Erst seit einigen Jahren wurde für die erwähnten Systeme die Verrechnung nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) vorgeschrieben, worauf noch einzugehen sein wird.

Von der Kostenentwicklung (sowohl gemessen als Anteil am Brutto-sozialprodukt als auch bezüglich der jährlichen Steigerungsraten) scheint die sparsame nationale Budgetierung das geeignetste Mittel zu sein. Allerdings setzt es einen zumindest dominierenden staatlichen Gesundheitsdienst voraus. Im übrigen handelt es sich um eine relativ grobe Maßnahme, die vielleicht manche „unnötigen“ Behandlungen vermeidet, aber andererseits manche sinnvolle Therapie – vor allem bei nicht akuten Fällen – ebenfalls verhindert oder jedenfalls lange Warteschlangen bewirkt.

Die Budgetierung kann jedoch auch auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser ansetzen (siehe dazu Mis, 1985). Das Krankenhaus erhält einen bestimmten Etat, nachdem die voraussichtlichen Kosten bei sparsamen Betrieb vorausberechnet wurden. Ein über das Budget hinausgehendem Gewinn bzw. Verlust geht dann zu Nutzen bzw. Lasten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausträgers. Eine fixe Budgetierung würde einige Mängel des gegenwärtigen Finanzierungssystems vermeiden, weil zumindest die Einnahmen nicht manipulierbar sind. Allerdings kann die Kürzung der Verweildauer und die Verringerung der Fallzahlen und damit die Verringerung der Belagstage zumindest die variablen Kosten senken und damit einen Überschuß ermöglichen. Soweit dies medizinisch vertretbar ist, ist dies ja auch ein Ziel der Budgetierung. Wie bei anderen Modellen besteht allerdings auch hier die Gefahr, der Patientenselektion (siehe dazu im nächsten Abschnitt).

### **Diagnosebezogene Fallpauschalierung**

Das Kostenrechnungs- und -einsparungssystem, das sich derzeit am stärksten in Diskussion befindet, ist das in den Vereinigten Staaten entwickelte DRG-System (Coddington/Palmquist/Tweliger, 1985, Ingruber/Priemer, 1985).

Die DRGs – Diagnosis Related Groups – sind Patientengruppen, die durch eine Diagnose und in der Folge durch eine Behandlung und zum Teil noch durch das Alter der Patienten definiert sind. Die derzeit 467 Diagnosegruppen bestimmen den Kostenersatz, den das Spital für die Therapie erhält, unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer und den einzelnen Diagnose- und Therapieschritten im Laufe der Behandlung. Treffen mehrere Diagnosen zu, so kann zwar die kostenersatzgünstigste gewählt werden, im allgemeinen erfolgt jedoch keine Addition der Kostenersätze. Ähnlich gelagert sind Komplikationen während der Behandlung, die nur zum Teil in Form von Zuschlägen berücksichtigt werden.



Es wird also angenommen, daß Patienten mit gleicher Diagnose grundsätzlich zumindest ähnliche Kosten verursachen. Gibt es extreme „Ausreißer“, so kann nach Einzelbegutachtung durch die Gesundheitsbehörde ein höherer Kostenersatz geleistet werden.

Wesentlich ist, daß es sich dabei um vorausschauende, prospektive Pflegesätze handelt, die den Spitälern als Richtwerte für den Kostenersatz und damit für die durch Therapien entstehenden Kosten dienen. Behandelt ein Spital über alle DRGs hinweg kostengünstiger als in den prospektiven Pflegesätzen angenommen, so entsteht dem Krankenhausträger ein Gewinn, im umgekehrten Fall ein Verlust.

Die Verwendung des DRG-Systems bietet sicherlich Anreize zum Kosten sparen, hat allerdings einige nicht unbedeutende Nachteile.

- a) Ein Problem stellt die Festsetzung der „richtigen“ Kosten dar, die durch einzelne Krankheiten und deren Therapien verursacht werden. Sollen eher die Minimalkosten oder die Durchschnittskosten gewählt werden?
- b) Welche Diagnosegruppen sollen gebildet werden? Inwieweit sollen Komplikationen, Zweitdiagnosen, Alter und Geschlecht der Patienten etc. berücksichtigt werden?
- c) Inwieweit und wie schnell wird der technische Fortschritt berücksichtigt oder besteht nicht die Tendenz, bestehende Verfahren festzuschreiben?
- d) Eine Möglichkeit im DRG-System zu sparen besteht darin, den „case-mix“, also die Zusammensetzung der Patienten nach Diagnosen so zu beeinflussen, daß primär kostengünstige „Diagnosen“ aufgenommen werden.
- e) Eine weitere Möglichkeit besteht darin, im Zweifelsfall immer die kostengünstigste Diagnose zu stellen.
- f) Da die Berechnung des Fallpauschales auch von der vorausberechneten Verweildauer ausgeht, könnte auch durch ein medizinisch nicht gerechtfertigtes Kürzen der Verweildauer gespart werden.

Das sind nur einige der Mängel, die mit einem System der Fallpauschalierung verbunden sind (siehe dazu auch Krcal, 1984). Im Prinzip jedenfalls ist die Abgrenzung zwischen medizinisch durchaus gerechtfertigten Sparmaßnahmen und medizinisch nicht mehr vertretbaren Handlungen kaum möglich. Dadurch könnte vor allem die Qualität der Behandlung im Gesundheitssystem generell bzw. in einzelnen Krankenhäusern drastisch leiden. Um diesen Tendenzen einigermaßen entgegenzuwirken, muß ein entsprechendes System der Qualitätskontrolle aufgebaut werden. Diese Kontrolle muß die Richtigkeit der Diagnosen und die Qualität der Therapien ebenso überprüfen wie die Struktur der Aufnahmen, den Zeitpunkt der Entlassungen, die Qualität von Pflege und Versorgung etc.

Den Grundgedanken der Fallpauschalierung greifen auch Egger und Stiegler (1985) in ihren Vorschlägen zur Normleistungs- und Normkostenrechnung auf. Dem Kostenersatzsystem werden auch hier „genormte Falleistungen“ zugrunde gelegt. Die Krankenhäuser würden aber jedenfalls für alle Leistungen die tatsächlichen Kosten feststellen



und den genormten Kosten, nach denen der Kostenersatz erfolgt, gegenüberstellen (Egger/Stiegler 1985).

Liegt also beim DRG-System der Schwerpunkt auf einer Verringerung der Steigerungsraten der Kostenersätze insbesondere durch die Sozialversicherungssysteme, liegt bei diesem Modell die Betonung auf der Information der Kostenentwicklung für die einzelnen Spitäler bzw. Abteilungen selbst.

### **Fixe und variable Kosten**

Ein Grundproblem der Kostendämpfung im stationären Bereich bildet der Anreiz, die fixen Kosten durch eine möglichst hohe Zahl an Belagstagen weitgehend abzudecken. Dies geschieht insbesondere dann, wenn es sich um kostengünstige Belagstage handelt, entweder durch eine medizinisch nicht notwendige Verlängerung der Verweildauer (z. B. über das Wochenende) oder durch die Aufnahme „billiger“ Fälle. Gilt erstere Methode für das auch in Österreich herrschende Finanzierungssystem, gilt letzteres für das DRG-System. Gewinn kann dabei bei den Fällen gemacht werden, wo die DRG-Kostensätze an sich relativ hoch angesetzt werden, bzw. durch die Aufnahme von Patienten, die geringere Spitalsleistungen erwarten lassen, als den DRG-Berechnungen zugrunde gelegt wurden.

Um ein solches „Rahmabschöpfen“ zu verhindern, wurde ein alternatives Kostenersatzsystem entwickelt, das an der betriebswirtschaftlichen Unterscheidung zwischen fixen und variablen Kosten ansetzt (Eggenhofer/Stepan, 1984). Ziel ist die Vermeidung jeglichen Anreizes zur Auslastung von vom Versorgungsstandpunkt aus gesehen nicht notwendigen Kapazitäten. Voraussetzung dafür ist die Festsetzung von „anzustrebenden“ Kapazitäten in den einzelnen Fachbereichen auf Grund eines regionalisierten Krankenanstaltenplans. Die Bereitstellung dieser planmäßigen Kapazität wird finanziell voll abgedeckt, darüber hinausgehende Bettenkapazitäten finden keine bzw. gegen 0 abnehmende Deckung und jeder Krankenhausträger wäre bestrebt, diese möglichst rasch abzubauen. Die variablen Kosten hingegen werden gesondert bezahlt: Entweder werden retrospektiv die tatsächlich anfallenden Kosten bezahlt oder es werden errechnete Kostenersätze (z. B. durchschnittliche Kosten vergleichbarer Abteilungen der Vorperiode) beglichen. Letztere Berechnungsart würde einen gewissen Anreiz zur Sparsamkeit bewirken.

Die Abgrenzung der fixen und variablen Kosten ist sicherlich problematisch und nicht leicht durchzuführen. Sie hat aber eindeutig Vorteile. Zuallererst wird das Bestreben vorhandene Kapazitäten voll auszulasten („a built bed is a filled bed“) hinfällig, da die Fixkosten der Kapazitätsbereitstellung ohnedies gedeckt sind. Darüber hinaus würde das vorgeschlagene System eine regionalisierte, abteilungsbezogene Krankenanstaltenplanung erzwingen. Dies wäre insbesondere bei der Aufstellung von Großgeräten für Diagnose und Therapie und der



Errichtung besonders teurer Einrichtungen (z. B. Intensivstationen) sinnvoll. Nicht zuletzt würde die ambulante Behandlung durch Entfallen jeglicher Anreize zur Auslastung der jeweils bestehenden stationären Kapazitäten aufgewertet werden.

Wesentliche Voraussetzung – auch – dieses Systems der Krankenanstaltenfinanzierung ist jedoch ein größeres Zusammenwirken der Financiers. Deshalb schlagen auch Eggenhofer und Stepan vor, daß alle Finanzierungsbeteiligten, also Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger die gesamten Budgets für die Abdeckung der fixen Kosten der stationären Versorgung in eine Clearing-Stelle einbringen. Die Sozialversicherungsträger würden dabei jenen Betrag einbringen, der nach Abzug der von ihnen zu leistenden variablen Kosten von den Einnahmen der Krankenversicherungen verbleibt.

### **Schlußfolgerungen**

Alle diskutierten Modelle zur kostendämpfenden Finanzierung der Krankenanstalten zeigen Vorteile gegenüber dem derzeit herrschenden System der Krankenhausfinanzierung in Österreich. Allerdings sind die theoretischen Voraussetzungen und Folgewirkungen der einzelnen Finanzierungssysteme mit den tatsächlichen, empirisch vorfindbaren zu konfrontieren. So steht dem Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer im gegenwärtigen System die tatsächliche Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer gegenüber – allerdings bei erhöhter Krankenhaushäufigkeit. Der Hinweis auf die gesunkene Verweildauer und die gestiegene Krankenhaushäufigkeit soll nicht die Vorteile alternativer Finanzierungssysteme leugnen, er soll aber dazu beitragen, den Stellenwert solcher Systeme für die kostenmäßige und qualitative Entwicklung des Krankenhauswesens richtig einzuschätzen. Nur eine Kombination von Maßnahmen kann eine sinnvolle und langfristig wirksame Neuordnung im Krankenhaussektor und im Gesundheitswesen generell bewirken. Dazu gehören unter anderem:

1. Die Industriestaaten – so auch Österreich – verwenden einen wachsenden Anteil der finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem. Dies ist per se weder schlecht noch gut, sondern am Nutzen des Systems zu messen. Um diesen Nutzen auf eine möglichst rationale Basis zu bewerten, bedarf es klarer Informationen über die gegenwärtigen Leistungen und alternativen Möglichkeiten. Dabei sollte nicht nur der Beitrag des Gesundheitssektors zur Lebensverlängerung, sondern vor allem zur Krankheitsvermeidung und zur humanen Lebensgestaltung im Krankheitsfall im Vordergrund stehen. Darüber hinaus bzw. gerade unter diesem Gesichtspunkt ist auch eine grobe Vorstellung über das Verhältnis ambulanter zu stationärer Betreuung zu entwickeln, ebenso über das Verhältnis der Akutversorgung zur Rehabilitation und Langzeitpflege. Der neueste Stand der gesundheitspolitischen Diskussion vor allem auch unter dem Aspekt eines höheren Anteils der alten bzw. der sehr alten Menschen legt den Schwerpunkt auf die



ambulante Betreuung bzw. gezielte Rehabilitationsmaßnahmen und spezialisierte Einrichtungen der Langzeitpflege (siehe dazu vor allem: Köppl [Hrsg.], 1984).

Erst die inhaltliche Feststellung was der Gesundheitssektor leisten soll und wie die Gesundheitsversorgung strukturiert sein soll, macht eine Abschätzung des notwendigen Ressourcenverbrauchs möglich und sinnvoll. Dabei ist der Ausspruch: „Für die Gesundheit ist uns nichts zu teuer“ irreführend, denn jede Gesellschaft setzt den Gesundheitsausgaben Grenzen, heute bei gestiegenem Ausgabenniveau wahrscheinlich mehr als vor 10 oder 20 Jahren. Nur sollen diese Grenzen bewußt, gezielt und explizit gesetzt werden und nicht bloß aus einem unbestimmten Gefühl, die Medizin ist zu „teuer“ geworden.

2. Das Gesundheitssystem wird auch in Österreich nicht ohne Strukturreform auskommen, will es den obengenannten Zielsetzungen gerecht werden. Ein grober Vergleich stärker privatwirtschaftlich orientierter Systeme wie z. B. jenes in den Vereinigten Staaten mit Systemen eines staatlichen Gesundheitsdienstes wie in Großbritannien und Schweden zeigt, daß letztere geringere volkswirtschaftliche Ressourcen in Anspruch nehmen und direktere Ansatzpunkte zur Sparsamkeit aufweisen. Da man bei allen Reformbestrebungen im gesellschaftlichen Bereich von den gegebenen nationalen Voraussetzungen ausgehen soll und ausländische Modelle als Erfahrungswerte aber nicht als unmittelbare Vorbilder dienen sollen, wird der konservativen Forderung nach Privatisierung hier allerdings nicht einfach der Aufbau eines nationalen Gesundheitsdienstes gegenübergestellt.

Das gegenwärtige, vielfach zersplitterte Organisations- und Finanzierungssystem weist jedoch gravierende Mängel auf. Einerseits besteht zuwenig Druck und Anreiz zu einem rationellen Einsatz der Mittel zur Erreichung der unter Punkt 1 genannten Ziele. Andererseits bestehen einige grobe Ungleichgewichte im System. Vor allem werden regional-spezifische Leistungen nur in Ansätzen honoriert, was die benachteiligten Spitalserhalter zu systemwidrigen Konstruktionen animiert. So werden Spitzenleistungen und neue technologische Verfahren, die die Kostenstruktur verändern – weniger Pflegetage und damit geringere Kostenersätze, aber höhere Investitions- und Betriebskosten – nicht oder ungenügend berücksichtigt. Das gleiche gilt für Fremdpatienten – seien sie aus einem anderen Bundesland oder aus dem Ausland. Diese Faktoren haben z. B. das Land Wien bewegt, für die Betreuung des Nierensteinzertrümmerers eine privat-rechtliche Gesellschaft zu gründen, die sich in einem öffentlichen Spital der Stadt Wien einmietet, da eine solche Gesellschaft höhere Kostenersätze verlangen kann. Diese Maßnahme ist aus den gegebenen finanziellen Regelungen verständlich, belegt jedoch eindeutig die Reformbedürftigkeit des Systems. Jedenfalls sollten die Versuche die Finanzierungslast auf andere Finanzierungspartner, bzw. derzeit besser -gegner, zu verschieben einer mehr einheitlichen, gesamtwirtschaftlich rationellen Planung und Kostentragung weichen (Mayr/Seitlinger, 1985).

3. Erst unter den genannten Voraussetzungen einer Strukturangepas-



sung des Gesundheitssystems selbst und der Organisations- und Finanzierungsstruktur erhalten die konkreten Maßnahmen zur Kostendämpfung ihren tatsächlichen Stellenwert. Dabei ist auch hier eine pragmatische Vorgangsweise angebracht. Eine strenge Budgetierung – sei es auf nationaler Ebene, sei es auf der Ebene einzelner Krankenhäuser bzw. Abteilungen – widerspricht sowohl dem sicher auch weiterhin föderalistischen Trägersystem (Länder und Gemeinden) als auch der Vielfalt der Finanzierungsquellen (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger). Dasselbe gilt für die einheitlichen Kostenersätze im DRG-System. Man darf nicht vergessen, daß die DRGs in den Vereinigten Staaten im Kern nur für das Medicare-System gelten und andere Versicherungssysteme sich nur anhängen können. Am ehesten an gegebenen Strukturen knüpft die Aufteilung des Kostenersatzes für die fixen und variablen Kosten an. Einerseits erfordert es ein Mehr an regionaler und fachorientierter Planung mit der Möglichkeit Überkapazitäten abzubauen, andererseits kann es sich relativ leicht bei der Abgeltung der variablen Kosten an den tatsächlichen Kosten orientieren. Insbesondere können dabei regionale und krankenhausspezifische (z. B. Kliniken) Sonderfaktoren berücksichtigt werden. Dabei können auch relativ leicht Übergangsregelungen eingebaut werden, um den stufenweisen Abbau nicht gerechtfertigter „Kostenausreißer“ zu bewirken.

Wahrscheinlich wäre es kaum angebracht, bloß auf Grund ausländischer Erfahrungen ein verpflichtendes Standardmodell der Kostenabgeltung auszuwählen. Aus diesem Grund beinhaltet auch die letzte Vereinbarung im Rahmen des Krankenhausanstaltenzusammenarbeitfonds die Absicht, verschiedene Modelle (inkl. einer fixen prospektiven Budgetierung und eines DRG-Systems) zu erproben. Es läßt sich jedoch begründen, daß die Wirksamkeit der Kostenrechnungs- und Finanzierungsmodelle wesentlich von der Gestaltung der Rahmenbedingungen abhängt, in die sie eingebettet sind, und die bei der Evaluierung solcher Modellversuche mitzuberücksichtigen sind.

Auch die ökonomische Debatte sollte nicht in dem Ausmaß von der engen betriebswirtschaftlichen Fragestellung dominiert werden, wie eine Durchsicht der einschlägigen Literatur belegt, sondern sie sollte den volkswirtschaftlichen Aspekt der Effizienz und Effektivität des Ressourcenverbrauchs im Gesundheitswesen in den Vordergrund rücken.

Dies gilt auch für die aus ideologischen Gründen immer wieder auftauchende Forderung nach einer Kostenbeteiligung des Patienten. Gerade in den USA, wo eine solche Kostenbeteiligung – in den einzelnen Bundesstaaten in unterschiedlicher Höhe – besteht, kann von einer dadurch bedingten Kostendämpfung nichts bemerkt werden. Überdies müßten, soll die finanzielle Belastung einigermaßen sozial gestaffelt sein, Einkommensgrenzen bzw. -stufen festgesetzt werden und damit ein System eingeführt werden, das bei verschiedenen Transferleistungen (z.B. Wohnbeihilfe) größte Probleme mit sich bringt. Würde die Kostenbeteiligung unter dem Gesichtspunkt einer



zusätzlichen finanziellen Einnahme gesehen, so müßten die Beiträge außerdem sehr hoch angesetzt werden, was aber eine Einkommensstaffelung umso notwendiger macht. Ähnlich verhält es sich, betrachtet man die Kostenbeteiligung als disincentive zur Beanspruchung des Versorgungssystems. Unabhängig davon bleibt jedenfalls die Ungerechtigkeit der unterschiedlichen Belastung bei gleichem Einkommen, aber unterschiedlicher Morbidität. So entpuppt sich die Forderung nach einer Kostenbeteiligung – wird sie nicht ohnehin aus rein ideologischen Gründen aufgestellt – als Prototyp eines unüberlegten, nicht durchdachten ad-hoc-„Reformvorschlages“. Was aber nötig ist, ist eine Gesamtbetrachtung des Gesundheitssystems und eine klare Definition der Reformziele. Erst dann sollten die schrittweise zu vollziehenden Reformen festgelegt werden.

## Literatur

- Aaron, H. J./Schwartz, W. B. (1984), *The Painful Prescription*, Washington
- Aaron, H. J./Schwartz, W. B. (1985), Hospital cost control: a bitter pill to swallow, in: *Harvard Business Review*, Heft 2
- Abel-Smith, B. (1984), *Cost Containment in Health Care*, London
- Braun, G. E. (1985), Elemente des Finanzierungs- und Preissystems für Krankenhäuser, *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmungen*, Heft 1
- Coddington, D. C./Palmquist, L. E./Trollinger, W. V. (1985), Strategies for Survival in the hospital industry, in: *Harvard Business Review*, Heft 3
- Dogan, M. (1985), The social-security crisis in the richest countries: basic analogies, in: *International social science Journal*, Nr. 103
- Eggenhofer, G./Stepan, A. (1984), Anreizsysteme im österreichischen Krankenanstaltenwesen, Arbeitspapier Nr. 1, Wien (unveröffentlicht)
- Egger, A./Stiegler, H. (1985), Normleistungs- und Normkostenrechnung in den österreichischen Krankenanstalten, in: *Österreichische Krankenhaus-Zeitung*, Nr. 26
- Macrae, N. (1984), Health care international, in: *The Economist*
- Mayr, H./Seitlinger, K. (1985), *Patient Krankenhaus?* Wien
- Ingruber, H./Priemer, H. (1985), Das prospektive Finanzierungssystem der USA als Modell für eine Reform der Spitalsfinanzierung Österreichs, in: *Österreichische Krankenhaus-Zeitung*, Nr. 26
- Köppl, F. (Hrsg.) (1984), Probleme der Spitalsfinanzierung in Wien, *Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft*, Nr. 30
- Krcal, A. (1984), Von retrospektiver zu prospektiver Krankenhausfinanzierung, in: *Österreichische Krankenhaus-Zeitung*, Nr. 25
- Lecherer, E./Peer, E. (1984), Das DRG-System – eine Basis für die österreichische Krankenanstaltenfinanzierung, in: *Österreichische Krankenhaus-Zeitung*, Nr. 25
- Mis, U. (1985), Der prospektive Pflegesatz, in: *Die Ortskrankenkasse*, Nr. 10
- Obermann, G./Schöpf, A. (1981), Die langfristige Entwicklung der Gesundheitsquote in Österreich, in: *Das öffentliche Haushaltswesen*, Heft 2–3
- Malloy, J. M./Skimer, D. B. (1984), Medicare on the critical list, in: *Harvard Business Review*, Nr. 6
- Reisler, M. (1985), Business in Richmond attacks health care costs, in: *Harvard Business Review*, Nr. 1