

PARADIGMENWECHSEL IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

1. Zum Paradigmenwechsel: Ist Gesundheit ein öffentliches oder ein privates Gut? 108
2. Hintergründe des Paradigmenwechsels im österreichischen Gesundheitswesen 111
3. Zentrale Schwerpunkte einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik 115

Auszug aus WISO 4/2005

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Weingartshofstraße 10

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

**Markus
Unterthurner**

**Mitarbeiter der
Abteilung
Wirtschaftspolitik der
Kammer für Arbeiter
und Angestellte für
Oberösterreich**

1. Zum Paradigmenwechsel: Ist Gesundheit ein öffentliches oder ein privates Gut?

*hoch qualitative
Gesundheits-
leistungen*

*Gesundheit im
Vordergrund*

Eine der größten Errungenschaften in Österreich ist zweifelsohne die Schaffung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit hoch qualitativen Gesundheitsleistungen. Das Gesundheitswesen stellt ein wesentliches Element unseres Sozialstaates dar und trägt maßgeblich zur Erhaltung des Lebensstandards und zur Sicherung gegen Armut bei.¹ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrer Verfassung die Frage der Gesundheit dahingehend festgeschrieben, dass nicht die Krankheit, sondern die jeweilige Gesundheit im Vordergrund zu stehen hat. Gesundheit wird als vollkommenes, physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden beschrieben.² Die Gesundheit selbst ist kein handelbares Gut – hier handelt es sich vielmehr um einen subjektiven Zustand, der im Wesentlichen durch den eigenen Lebensstil sowie durch Umwelt- und Arbeitsbedingungen positiv wie negativ beeinflusst werden kann (Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesundheitliche und soziale Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand

Gesundheitliche Einflussfaktoren	Soziale Einflussfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Genetische Veranlagung - Bewegung und Ernährung - Arbeitsbelastung und Stress - Umweltbedingungen (Wohnsituation, Lärm, Schadstoffe) 	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Herkunft und Erziehung - Bildung und Einkommen - Familie und Freunde

Quelle: eigene Darstellung

*Case
ManagerInnen*

Nachgefragt werden hingegen konkrete Gesundheitsleistungen wie etwa medizinische Therapien und Medikamente zur Heilung von Krankheiten und/oder zur Erhaltung der Gesundheit. Bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen treten die KonsumentInnen zunächst als sogenannte Case ManagerInnen auf, d.h., der/die Case ManagerIn hat bei eingetretener

Krankheit die für ihn/sie erforderliche Dienstleistung zunächst selbst zu erbringen,³ z.B. Auswahl des ärztlichen Erstkontaktes oder Suche nach einer geeigneten Physiotherapie etwa nach einer Operation. Im Rahmen der ärztlichen Versorgung nehmen sodann die ÄrztInnen die Auswahl der konkret anzuwendenden medizinischen Leistungen vor und übernehmen im Regelfall somit die Entscheidungen für die PatientInnen (z.B. Therapien, Auswahl der Medikamente, Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt).⁴

ÄrztInnen
übernehmen
Entscheidungen

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen bringt nicht unerhebliche Kosten für die KonsumentInnen mit sich: Schmerzen, Such- und Entscheidungskosten, Wartezeiten direkt beim Arzt bzw. auf bestimmte Operationen, Risiken infolge der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Selbstbehalte. Krankenbehandlungen und gesundheitserhaltende Maßnahmen zählen für eine hochentwickelte Volkswirtschaft wie Österreich nicht mehr zu den Luxusgütern.

Kosten für die
KonsumentInnen

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben insgesamt in % des BIP, 1995–2002

	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Deutschland	10,6	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
Finnland	7,5	7,3	6,9	6,9	6,7	7,0	7,3
Großbritannien	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
Niederlande	8,4	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1
Österreich	8,2	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
Schweden	8,1	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2
Schweiz	9,7	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,2
USA	13,3	13,0	13,0	13,0	13,1	13,9	14,6

Quelle: Statistik Austria

Bei Betrachtung der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) fällt auf (Abbildung 2), dass Österreich mit 7,7 % in etwa den gleichen Wert wie Finnland

und Großbritannien aufweist. Zu den Spitzenreitern zählen mit Abstand die USA mit einer Gesundheitsquote von beinahe 15 %. Wie sich am Beispiel der USA zeigt, kommt diese Quote durch den hohen Privatanteil der Bevölkerung an den Gesundheitsausgaben zustande. Der Wettbewerbsdruck unter den privaten Krankenversicherungen und Medikamentenherstellern bewirkt einen massiven Anstieg von Marketing- und Vertriebskosten, was wiederum auf die Preise negative Auswirkungen hat. Das ist aus verteilungspolitischer Sicht problematisch, weil in den USA 45 Millionen Menschen ohne Krankenversicherung auskommen müssen. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist demnach Menschen mit niedriger Kaufkraft erschwert. Bei fehlender Zahlungsbereitschaft sind diese vom Gesundheitsmarkt sogar ausgeschlossen. Dieser Zustand spiegelt sich in anderen Kennzahlen wie etwa der Lebenserwartung wider. Beträgt die Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich durchschnittlich 78,1 Jahre, konnten für die USA nicht mehr als 76,9 Jahre errechnet werden.⁵

Anstelle der Pflichtversicherung wie in Österreich unterliegen die Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland der Versicherungspflicht, d.h., die Versicherten dürfen ihren Versicherer frei wählen. Der dadurch ausgelöste Wettbewerb zwischen den verschiedenen Krankenkassen hat hohe Investitionen in Marketingaktivitäten zur Folge. Der Konkurrenzdruck unter den deutschen Krankenkassen trägt so zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben bei (10,9 %), ohne dass dafür konkrete Versicherungsleistungen übernommen werden.⁶

Damit wird deutlich gemacht, dass Gesundheitsausgaben allein noch kein ausreichender Maßstab zur Beurteilung des tatsächlichen Gesundheitszustandes der Bevölkerung sind.⁷

*Gesundheits-
ausgaben
noch kein
ausreichender
Maßstab*

Abbildung 3: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2004

	öffentlich	privat
Deutschland	8,0	2,8
Finnland	5,3	1,7
Großbritannien	6,2	1,4
Niederlande	5,7	3,2
Österreich	5,3	2,7
Schweden	7,4	1,3

Quelle: OECD Health Data 2004

Wie aus der Abbildung 3 hervorgeht, positioniert sich Österreich bei einem Privatanteil an den gesamten Gesundheitsausgaben in der Höhe von 2,7 % im Spitzenfeld. Gegenüber dem Jahr 1995 lässt sich in Österreich eine Verschiebung der Gesundheitsausgaben vom öffentlichen Sektor hin zu den privaten Haushalten beobachten: von 2,4 % im Jahr 1995⁸ auf 2,7 % im Jahr 2004. Durch diese systematische Verschiebung wird der Zugang zum Gesundheitssystem durch Selbstbehalte und andere Formen der Kostenbeteiligungen laufend verteuert.⁹ In Österreich ist somit ein deutlicher Trend erkennbar, dass der solidarische Beitrag der gesunden Menschen durch Beitrags- und Steuerleistungen anteilmäßig insgesamt sinkt, während gleichzeitig der finanzielle Beitrag der Kranken am Gesundheitssystem durch Selbstbehalte anteilmäßig steigt. Mit der Gesundheitsreform 2005 ist der Zugang zu bestimmten Gesundheitsleistungen wiederum durch Selbstbehalte zusätzlich verteuert worden, z.B. höhere Selbstbehalte bei Sehbehelfen, Erhöhung des Spitalskostenbeitrages.¹⁰

*Privatanteil im
Spitzenfeld*

*solidarischer
Beitrag sinkt
insgesamt*

2. Hintergründe des Paradigmenwechsels im österreichischen Gesundheitswesen

Der Paradigmenwechsel im österreichischen Gesundheitswesen wird sichtbar, indem erbrachte Gesundheitsleistungen verstärkt nach betriebswirtschaftlichen Kennzahlen beurteilt

*betriebs-
wirtschaftliche
Kennzahlen*

<p><i>reiner gesellschaftlicher Kostenbelastungs- faktor</i></p>	<p>werden, wie etwa nach der Abgangsdeckung in Spitälern, nach Medikamentenkosten bei intensivmedizinischen Therapien, nach der Verweildauer von PatientInnen in Krankenhäusern und nach der Einführung neuer Selbstbehalte. Diese neoliberale Gestaltung der österreichischen Gesundheitspolitik auf Bundesebene führt dazu, dass das Gesundheitswesen zu einem reinen gesellschaftlichen Kostenbelastungsfaktor degradiert wird. Höhere Selbstbehalte übernehmen hierbei die Funktion der Umverteilung von finanziellen Belastungen von der Gesellschaft zu den vom sozialen Risiko Krankheit betroffenen Menschen. Diese gesundheitspolitische Werthaltung bewirkt große ökonomische Probleme bei sozial- und einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen: Selbstbehalte treffen Menschen mit geringerem Einkommen deutlich stärker als jene mit höherem Einkommen. Außerdem ist der durchschnittliche medizinische Aufwand bei den älteren Bevölkerungsgruppen und bei den chronisch Kranken um ein Vielfaches höher als bei den jungen und gesunden Menschen.¹¹ Aus ExpertInnenaussagen und Befragungen geht hervor, dass mehr als 2 Mio. ÖsterreicherInnen bereits zu den übergewichtigen Personen zählen oder dass mehr als 500.000 Menschen bereits an Diabetes leiden dürften.¹² Diese Daten zeigen die gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheit der Bevölkerung auf.</p>
<p><i>große ökonomische Probleme</i></p>	
<p><i>Gesundheit aus wohlfahrts- ökonomischer Sicht ein wichtiger Standortfaktor</i></p>	<p>Demgegenüber stellt die Gesundheit der Bevölkerung aus wohlfahrtsökonomischer Sicht einen wichtigen Standortfaktor einer Region dar. Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung hat unmittelbare Auswirkungen auf den Lebensstandard, die Armutsgefährdung und die Arbeitsleistung in unserer Gesellschaft. Ein wohlfahrtsökonomisches Gesundheitssystem hat daher die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und besonders auf einkommens- und sozial schwache sowie auf ältere und chronisch kranke Bevölkerungsgruppen Rücksicht zu nehmen. Eine wohlfahrtsökonomisch orientierte Gesundheitspolitik sieht daher als oberstes Gesundheitsziel den für alle freien Zugang zum Gesundheitssystem vor. Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist nach dem Bedarf auszurichten</p>
<p><i>freier Zugang für alle zum Gesundheits- system</i></p>	

und nicht nach der individuellen Zahlungsbereitschaft sowie nach dem gesundheitlichen Risiko. Die soziale Krankenversicherung hat die solidarische Schutzfunktion dafür zu übernehmen, dass der Kranke vor Armutsgefährdung etwa durch den krankheitsbedingten Arbeitsverlust und vor den hohen Behandlungskosten geschützt wird.¹³ Eine wohlfahrtsstaatlich ausgerichtete Gesundheitspolitik erfordert daher eine Gestaltung der Rahmenbedingungen durch den Staat, indem er das Gesundheitswesen zur Gänze als öffentliche Aufgabe wahrnimmt. Privat zu bezahlende Selbstbehalte zur Finanzierung von öffentlichen Gesundheitsleistungen sind daher mit einem wohlfahrtsökonomischen Gesundheitssystem nicht vereinbar. Erkrankte Menschen können nicht für die Entscheidungen der Spitalerhalter bzw. des Krankenhausmanagements und der niedergelassenen ÄrztInnen zur finanziellen Verantwortung herangezogen werden – das ist die Aufgabe des Staates als Planer und Regulator des Gesundheitssystems.

Gesundheitswesen zur Gänze als öffentliche Aufgabe

Damit eine effektive Steuerung des Gesundheitswesens möglich gemacht wird, ist die Formulierung von Gesundheitszielen unbedingt notwendig. Zur Erarbeitung von Gesundheitszielen auf Bundesebene konnte sich das dafür zuständige Gesundheitsministerium nicht durchringen.¹⁴ In der täglichen bundespolitischen Arbeit wird häufig auf den Erfolg von erreichten Managementzielen verwiesen, wie etwa die Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Spitälern oder Kosteneinsparungen bei bestimmten medizinischen Leistungen. Hingegen sind für das Land Oberösterreich insgesamt 11 Gesundheitsziele als Wegweiser für die Gesundheitsförderung ausgearbeitet worden (z.B.: Reduktion von Diabetesfolgen um bis zu 15 % bis zum Jahr 2010, Beteiligung von mittleren und großen Unternehmen an der Maßnahme „Gesundes Unternehmen“ von mindestens 10 % bis zum Jahr 2005).¹⁵

Formulierung von Gesundheitszielen

Bei all diesen ökonomischen Betrachtungen des österreichischen Gesundheitssystems steht somit der Paradigmenwechsel des Gesundheitssystems im Vordergrund. Insbesondere die allgemein steigende Lebenserwartung bewirkt große Anstren-

gungen für das Gesundheitssystem. Besonders die Altersstruktur bestimmt wesentlich den Aus- und/oder Umbau des Gesundheitswesens. Gesundheitliche und soziale Einflussfaktoren verändern den Gesundheitszustand der Bevölkerung im Laufe der Zeit. Dadurch ändern sich auch die Rahmenbedingungen für die notwendige Organisation der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Solche Verschiebungen erfordern wiederum ein flexibles und auf die menschlichen Bedürfnisse ausgerichtetes Gesundheitssystem.¹⁶ Die dafür erforderliche strategische Anpassung zur positiven Bewältigung des Strukturwandels hat auf der Steuerungs- und auf der Finanzierungsebene anzusetzen. In der strategischen Ausrichtung sind Gesundheitsziele entsprechend zu berücksichtigen (Abbildung 4).

*strategische
Anpassung auf
Steuerungs- und
Finanzierungs-
ebene*

Abbildung 4: Steuerungs- und Finanzierungsebene und deren Gesundheitsziele

	Strategische Ausrichtung	Gesundheitsziel
Steuerung	- Gestaltung von Rahmenbedingungen zur Gesundheitsversorgung	- Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung - Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch eine integrierte PatientInnenorientierung
Finanzierung	- Nach welchen finanzpolitischen Kriterien werden die für die Gesundheitsversorgung notwendigen Finanzmittel aufgebracht	- Sicherstellung einer gerechten und solidarischen Finanzierung

Quelle: eigene Darstellung, WHO

*für alle
Menschen
unabhängig von
Einkommen und
sozialer Herkunft*

Die nachfolgende Abbildung 5 beschreibt den notwendigen Paradigmenwechsel im österreichischen Gesundheitssystem, damit für alle Menschen unabhängig von ihrem Einkommen und ihrer sozialen Herkunft nachhaltig eine medizinische Versorgung auf dem jeweiligen höchsten Stand der Technik

gewährleistet ist. Unter Nachhaltigkeit wird die Möglichkeit einer langfristigen Planung und Sicherstellung der öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen verstanden.¹⁷

Abbildung 5: Beschreibung des Paradigmenwechsels im österreichischen Gesundheitssystem

	Ist-Zustand	Soll-Zustand
Gesundheit der Bevölkerung	Ausrichtung auf die „Reparatur“ von Krankheiten	Gesundheitsvorsorge
Gesundheitsleistungen	Case Management übernehmen die PatientInnen selbst	Integrierte PatientInnenorientierung mit anbieterneutraler Gesundheitsberatung
Gerechte Finanzierung	Bedeutung der solidarischen Finanzierung nimmt ab	Solidarische Finanzierung

Quelle: eigene Darstellung

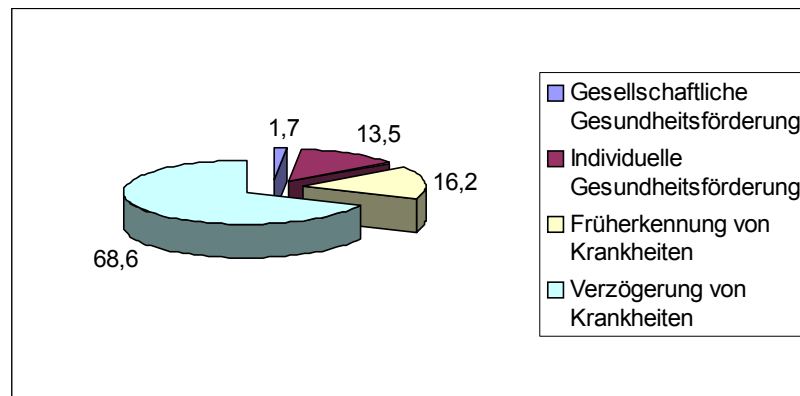
3. Zentrale Schwerpunkte einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik

3.1. Gesundheitsförderung der Bevölkerung

Unser Gesundheitssystem ist noch immer stark auf die „Reparatur“ von Krankheiten ausgerichtet: 94 % der Gesundheitsausgaben werden für „Reparaturmaßnahmen“ verwendet. Lediglich 6 % der insgesamt in Österreich getätigten Gesundheitsausgaben fließen direkt in die Gesundheitsförderung und in präventive Maßnahmen; das entspricht einem Budget von rund einer Milliarde Euro.¹⁸

„Reparatur“ von Krankheiten

Abbildung 6: Verteilung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in %, Österreich 2001



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Wie die Abbildung 6 zeigt, nehmen Präventionsmaßnahmen zur Verzögerung des Krankheitsverlaufes einen hohen Stellenwert ein (rund 70%). Die Gesundheitsförderung zur Verhinderung von Erkrankungen (Förderung einer gesunden Lebensweise sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene wie etwa „Gesunde Gemeinde“) und die Gesundheitsvorsorge zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundenuntersuchungen) spielen sogar innerhalb des Gesundheitsförderungs- und Präventionsbudgets vergleichsweise eine untergeordnete Rolle.

Ausbau der Gesundheitsvorsorge

Um nun den Paradigmenwechsel von der Krankheit zur Gesundheit der Bevölkerung bewältigen zu können, ist der Ausbau der Gesundheitsvorsorge in Verbindung mit einer individuellen Lebensstilberatung voranzutreiben. Eine nachhaltige Gesundheit der Bevölkerung bedeutet, dass jedes Individuum die Chance erhält, in die Gesundheitsvorsorge integriert zu werden; das gilt besonders für einkommens- und sozial schwächere Bevölkerungsgruppen. Von den insgesamt österreichweit rund 900.000 gezählten Vorsorgeuntersuchungen (beste-

hend aus einer Basis- und einer gynäkologischen Untersuchung) nimmt hier beispielsweise das Land Oberösterreich bei einer Beteiligung von nur 13 % den drittletzten Platz noch vor Wien (rund 11 %) und Niederösterreich (unter 7 %) ein; im Vergleich dazu weist Tirol rund 31 % und Vorarlberg mehr als 40 % Beteiligung auf.¹⁹

Zu den wohl bekanntesten Vorsorgeprogrammen im österreichischen Gesundheitssystem zählt der Mutter-Kind-Pass. Mit diesem Programm konnte etwa die Kindersterblichkeit deutlich reduziert werden. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass bereits im zunehmendem Kindesalter, und zwar besonders nach dem 22. Lebensmonat, die Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Pass-Programms abnimmt, auch was die Auffrischungsimpfungen anbelangt. So hat sich die Beteiligung des Kindes an spezifischen Impfungen – etwa Diphtherie, Tetanus – erheblich verringert. Untersuchungen in Österreich haben ergeben, dass Eltern(teile) das Mutter-Kind-Pass-Programm vermehrt in Anspruch nehmen würden, wenn ein finanzielles Anreizsystem vorhanden wäre.²⁰ Trotz dieser Erfahrungen hat das zuständige Gesundheitsministerium den vom Bund finanzierten Mutter-Kind-Pass-Bonus als finanzielles Anreizsystem zur vermehrten Teilnahme am Mutter-Kind-Pass-Programm abgeschafft.

Mutter-Kind-Pass

finanzielles Anreizsystem

Um dieser Entwicklung gegenzusteuern, hat das Land Oberösterreich mit dem Mutter-Kind-Zuschuss – österreichweit einzigartig – eine gute Basis gelegt. Für diese Altersgruppe ist ein Mutter-Kind-Zuschuss vorgesehen, der erst nach Absolvierung des gesamten Mutter-Kind-Pass-Programms zur Auszahlung gelangt. Dieses Vorsorgeprogramm beinhaltet bei den Frauen die erforderlichen gynäkologischen Untersuchungen und beim Kind sämtliche ärztliche Untersuchungen (inkl. Impfprogramm).²¹

Mutter-Kind-Zuschuss

Aufbauend auf diesem innovativen Modell könnte nun ein Gesundheitsbonus für alle Altersgruppen als finanzielle Beloh-

Gesundheitsbonus für alle Altersgruppen

intensive medizinische Lebensstilberatung

Reduktion von medizinischen Spätfolgen

nung für die Teilnahme an der Gesundheitsvorsorge geschaffen werden. Besonders die Einkommens- und sozial Schwächeren sollen mit dieser Maßnahme verstärkt in die Gesundheitsvorsorge integriert werden. Diese gesundheitspolitische Maßnahme orientiert sich ausschließlich an der Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. der Beschäftigten. Verbunden mit einer intensiven medizinischen Lebensstilberatung, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung-Neu²² vorgesehen ist (z.B. zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten), könnte der Gesundheitsbonus eine positive Beeinflussung des Gesundheitsbewusstseins unter der Bevölkerung bewirken. Neben den individuellen gesundheitlichen Einflussfaktoren hat auch das betriebliche Arbeitsumfeld einen maßgeblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand von unselbstständig Beschäftigten. Deshalb ist auch die Verknüpfung mit der betrieblichen Gesundheitsförderung unbedingt notwendig.

Die langfristig zu erwartenden positiven Gesundheitseffekte durch geänderte Lebensstile könnten zu einer Reduktion von medizinischen Spätfolgen mit deutlich höheren Therapiekosten führen. Ein an Bluthochdruck leidender Mensch könnte so z.B. durch eine wirksame Gesundheitsvorsorge eher vor einem Herzinfarkt bewahrt werden.

3.2. Integrierte PatientInnenorientierung

Vernetzung von Krankenhäusern mit niedergelassenen ÄrztInnen und Pflegebereich

Vielfachsteuerung in unserem Gesundheitssystem

Unter einer integrierten PatientInnenorientierung wird die Vernetzung von Krankenhäusern mit den niedergelassenen ÄrztInnen und dem Pflegebereich verstanden. Darunter ist die medizinische Versorgungsoptimierung von einzelnen Betreuungsketten von der Spitalsaufnahme bis hin zur poststationären Betreuung beim niedergelassenen Bereich und/oder zu Hause zu verstehen. Die Vielfachsteuerung in unserem Gesundheitssystem (siehe Abbildung 7) erschwert die öffentliche Wahrnehmung der Vernetzung und Bündelung von öffentlichen Gesundheitsleistungen im Spitals- und niedergelassenen Bereich. Die mangelnde Integrationsfähigkeit bei-

der Bereiche bewirkt unterschiedliche Interessenlagen. Die Länder – aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Spitäler – wünschen sich die Behandlung von PatientInnen eher bei den niedergelassenen ÄrztInnen als in den Spitälern. Umgekehrt ist die Behandlung von PatientInnen in den Spitälern für die Sozialversicherung wiederum von ökonomischem Vorteil.

mangelnde Integrationsfähigkeit

Abbildung 7: Vielfachsteuerung im österreichischen Gesundheitssystem

	Bund	Länder/Gemeinden	Sozialversicherung
Spitäler	Planung stark, Regulierung eher schwach, Finanzierung schwach	Planung und Regulierung stark, Finanzierung stark	Planung und Regulierung nicht sehr stark, Finanzierung stark (Pauschalbetrag)
Niedergelassene ÄrztInnen	Planung und Regulierung nicht sehr stark, Finanzierung schwach	Planung und Regulierung nicht sehr stark, Finanzierung schwach	Planung und Regulierung stark, Finanzierung stark

Quelle: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme

Die zunehmende Komplexität von Behandlungsprozessen und die immer kürzer werdende Verweildauer in den Spitälern erfordern daher ein Umdenken in der Gesundheitspolitik. Hinter kurzen Verweildauern bei fehlenden, aber medizinisch notwendigen Nachbetreuungsleistungen steckt nämlich die Gefahr steigender Wiederaufnahmen. Zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems zu einer integrierten PatientInnenorientierung sind daher schnittstellenübergreifende Betreuungsketten mit regional abgestimmten Gesundheitsleistungen unbedingt notwendig.²³

Umdenken in der Gesundheitspolitik

schnittstellenübergreifende Betreuungsketten

- Medizinische Betreuungspakete abgestimmt auf die individuelle Bedarfssituation
- Sektorübergreifende Koordination der medizinischen Leistungen mit PatientInnenbeteiligung (Krankenhaus – Arzt/Ärztin)

- Regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen dem zuständigen Krankenhaus und den niedergelassenen ÄrztInnen einschließlich dem Pflegebereich (z.B. gemeinsame Visite bei den PatientInnen)
- Rechtzeitige Bereitstellung von Heilmitteln und Heilbehelfen (inkl. chefarztpflichtige Medikamente)
- Stärkere Einbindung des Hausarztes/der Hausärztin
- Berücksichtigung des sozialen Umfeldes der PatientInnen/Angehörigen

*öffentlich
finanzierte
Gesundheits-
koordinations-
stelle*

Der wesentliche Vorteil der integrierten PatientInnenorientierung besteht darin, dass nicht die PatientInnen als Case ManagerInnen auftreten, sondern eine öffentlich finanzierte Gesundheitskoordinationsstelle zur Gänze diese Funktion übernimmt. Der Arbeitsschwerpunkt einer solchen Koordinationsstelle ist in einer umfassenden und anbieterneutralen Schnittstellenberatung zu sehen. Der Abbau von Informationsdefiziten und die Treffsicherheit in der Zuordnung der individuell notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen könnten so erheblich verbessert werden.²⁴

*Abbau von
Informations-
defiziten*

*regionaler
Gesundheits-
prozess*

Damit regionale Versorgungsunterschiede weitgehend ausgeglichen werden, ist zur integrierten PatientInnenorientierung ein regionaler Gesundheitsprozess in Gang zu setzen. Speziell auf Bezirksebene ist die Versorgung der Bevölkerung mit öffentlichen Gesundheitsleistungen unterschiedlich geregelt. In Zentralräumen ist die Versorgungsdichte im Regelfall höher als an dezentralen Standorten.²⁵ Im Zuge der Prozessgestaltung sind sämtliche für Gesundheit und Pflege relevanten Institutionen einzubinden. Die Erarbeitung der für die jeweilige Region erforderlichen Gesundheitsleistungen steht im Vordergrund, um so zu regional abgestimmten und vernetzten Rahmenbedingungen für die integrierte PatientInnenorientierung zu gelangen. Der Gesundheitskoordinator entwickelt sich zu einem wichtigen Bindeglied zwischen der Gesundheitsregion und der integrierten PatientInnenorientierung.

*regional
abgestimmte
und vernetzte
Rahmen-
bedingungen*

3.3. Gerechte Finanzierung:

Nachdem das Erwerbseinkommen als Beitragsgrundlage für die soziale Krankenversicherung herangezogen wird und dessen Entwicklung seit Jahren hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes verläuft (sinkende Lohnquoten), ist es nicht mehr möglich, ein ausreichendes Beitragsaufkommen zur Erhaltung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems zu sichern. Der zunehmenden Beitragserosion – zusätzlich verstärkt durch steigende Gesundheitsausgaben – wird stets mit der Einführung von neuen Selbstbehalten begegnet.²⁶ Die solidarische Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems hat demnach an Bedeutung verloren.

*sinkende
Lohnquoten*

*zunehmende
Beitragserosion*

*solidarische
Finanzierung an
Bedeutung
verloren*

Grundbedingung für eine gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems ist jedoch die nachhaltige Sicherstellung einer solidarischen Finanzierung aus Sozialversicherungsbeiträgen und aus Steuermitteln. Selbstbehalte sind mit solch einem System nicht vereinbar, nachdem Selbstbehalte unter dem Aspekt sozialer Gerechtigkeit nachteilig wirken. Aus verteilungspolitischer Sicht haben Einkommensschwächere einen wesentlich höheren Einkommensanteil für Selbstbehalte aufzubringen als Einkommensstärkere.²⁷ Außerdem ist die finanzielle Ergiebigkeit begrenzt, nachdem mit jedem bezahlten Selbstbehalt naturgemäß auch durchgeführte Gesundheitsleistungen einhergehen.²⁸

In einem wohlfahrtsökonomisch gestalteten Gesundheitssystem erfolgt also die Bereitstellung öffentlicher Gesundheitsleistungen über ein solidarisches Finanzierungssystem:

*Bereitstellung
öffentlicher
Gesundheits-
leistungen über
solidarisches
Finanzierungs-
system*

- Finanzierung ausschließlich über Sozialversicherungsbeiträge (ArbeitnehmerInnen/ArbeitgeberInnen) und über das Steueraufkommen (Gebietskörperschaften)
- Anhebung bzw. Aufhebung der Höchstbemessungsgrundlage (nach der Lohnsumme)
- Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf Zinsen, Miete und Dividenden (nach der Wertschöpfung)

- Zweckbindung von bestimmten Verbrauchssteuern auf Güter, deren Nachfrage gesundheitsschädigende Wirkungen mit sich führt, für die Gesundheitsvorsorge (z.B. Tabaksteuer, Teile der Mineralölsteuer)

*strukturelle
Voraussetzungen
für Einrichtung
eines
kooperativen
Gesundheitsfonds*

Die strukturellen Voraussetzungen einer solidarischen Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems könnten durch die Einrichtung eines kooperativen Gesundheitsfonds verbessert werden. Dieser Gesundheitsfonds sieht eine Fusionierung der Finanzierung des Spitalbereiches mit dem niedergelassenen ÄrztInnenbereich vor. Damit dürften unnötige sowie kostenintensive Verschiebungen von Leistungen und PatientInnen zwischen diesen beiden Leistungsbereichen weitgehend beseitigt werden. Eine zumindest von der Finanzierungsseite vermiedene Fehlsteuerung von öffentlichen Gesundheitsleistungen schafft Anreize für eine integrierte PatientInnenorientierung. Diese Entwicklung wiederum erleichtert die Entscheidungsgrundlage, ob Gesundheitsleistungen im Krankenhaus oder bei den niedergelassenen ÄrztInnen zu erbringen sind.²⁹

Anmerkungen:

- 1 Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik (Hrsg.), Armutsbericht Oberösterreich 2005, Linz 2005, S. 11 ff.
- 2 Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H., Gesundheitsökonomie, Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, Hamburg 2004, S. 16 ff.
- 3 Forster, R., Kinzl, H., Krajic, K., Pelikan, J., Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, in: Meggeneder, O. (Hrsg.): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, Frankfurt/Main 2004, S. 35
- 4 Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H., Gesundheitsökonomie, Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, a.a.O., S. 21
- 5 Guger, A., Der Sozialstaat als ökonomischer Faktor, Vortrag im Rahmen der ÖGB-Oberösterreich Veranstaltung „50 Jahre ASVG“, Linz 2005
- 6 Moser, R., Wie viel Reform braucht die Krankenversicherung?, in: Meggeneder, O. (Hrsg.): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, a.a.O., S. 132
- 7 Siehe auch Probst, J., Reformstau im Gesundheitswesen, in: Meggeneder, O. (Hrsg.), Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, a.a.O., S. 107 ff.
- 8 Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (Hrsg.), Gesundheitssystem im Wandel, Österreich 2001, Kopenhagen 2001, S. 34
- 9 Zu den Selbstbehalten zählen die Krankenscheingebühr, Zuzahlungen bei zahnärztlichen Leistungen, die Rezeptgebühr für Heilmittel, die anteilmäßige Kostenübernahme bei Heilbehelfen und der Kostenbeitrag bei Spitalsaufenthalten.
- 10 Arbeiterkammer Wien, Gesundheitsreform 2005, Info-Service 3/2005, S. 3
- 11 Kärntner Gebietskrankenkasse (Hrsg.), Selbstbehalte – Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe, Klagenfurt 2004, S. 53 ff.
- 12 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2004, Wien 2004, S. 21 ff.
- 13 Ziniel, G., Selbstbehalte im Gesundheitswesen – ein gescheitertes Experiment?, in: Soziale Sicherheit, 56. Jg., Heft 9, Wien 2003, S. 407
- 14 Probst, J., Reformstau im Gesundheitswesen, in: Meggeneder, O. (Hrsg.), Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, a.a.O., S. 114
- 15 Siehe www.institutplanung.at. Derzeit werden vom Institut für Gesundheitsplanung die Gesundheitsziele einer Evaluierung unterzogen, um so zu messbaren Daten zur weiteren Gestaltung der oberösterreichischen Gesundheitspolitik zu gelangen.
- 16 Hofmarcher, M., Riedel, M., Steiner, M., Unterthurner, M., Ökonomische Anforderungen an ein Gesundheitsinformationssystem für die Steiermark, Graz/Wien 1999
- 17 Österle, A., Zur Entwicklung der österreichischen Gesundheitspolitik – Steht Österreich vor einem Paradigmenwechsel, in: Meggeneder, O. (Hrsg.), Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, a.a.O., S. 19
- 18 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.), Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001, Wien 2004, S. III. Nach 1996 wurde im Jahr 2001 die zweite derartige umfassende Erhebung durchgeführt. Für die einzelne Bundesländer liegen noch keine Daten vor.

- 19 Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
- 20 Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik (Hrsg.), Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes – Ein Beispiel für die Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und Gesundheit?, Linz 2001, S. 141 ff.
- 21 Zu weiteren Informationen siehe http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-022A4254/ooe/hs.xsl/36151_DEU_HTML.htm
- 22 Siehe auch http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_menuid=59337&p_id=3
- 23 Dazu wurde von Seiten der Steirischen Gebietskrankenkasse ein Pilotprojekt im oststeirischen Bezirk Hartberg durchgeführt. Ziel dieses Projektes ist es, in dieser Region ein Schnittstellenmanagement zwischen dem Landeskrankenhaus Hartberg und dem niedergelassenen Bereich zu installieren. Siehe zusätzlich <http://www.stgkk.at/mediaDB/76047.PDF>
- 24 Vgl. Österreichische Gesellschaft für Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung (Hrsg.), Modellprojekt – PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (<http://www.pik-wien.at/>), Wien 2004, S. 18 ff.
- 25 Nach einer Vereinbarung zwischen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Oberösterreichischen Ärztekammer sollen daher neue Kassenverträge vermehrt in den ländlichen Regionen vergeben werden, um so regionale Unterschiede zu den städtischen Zentren auszugleichen.
- 26 Guger, A., Der Sozialstaat als ökonomischer Faktor, a.a.O..
- 27 Kärntner Gebietskrankenkasse (Hrsg.), Selbstbehalte – Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe, a.a.O., S. 104 ff.
- 28 Ziniel, G., Selbstbehalte im Gesundheitswesen – ein gescheitertes Experiment?, a.a.O., S. 407 f.
- 29 Amt der Vorarlberger Landesregierung, Gesundheitsbericht Vorarlberg 2002, Bregenz 2002, S. 100 f.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Weingartshofstr. 10, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73-33 21
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at