



Universitätslehrgang Public Health, Universitätplatz 4/3, 8010 Graz

Univ.Prof. Dr. R. Horst Noack

**ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN
GESUNDHEIT UND VERSORGUNGSKOSTEN –
KONSEQUENZEN FÜR FINANZIERUNG UND
STEUERUNG DES ÖSTERREICHISCHEN
GESUNDHEITSWESENS**

Bedeutet mehr Geld auch mehr Gesundheit?

Master`s Arbeit zur Erlangung eines
akademischen Grades eines Master`s of Public Health

Dr. Heide Said

Matrikelnummer: 7502376

Betreuer: Dr. Bernhard Rupp, MBA

Dr. Heide Said
OÖGKK
Abteilung für Behandlungsökonomie

heide.said@oegkk.at
heide.said@ecommerce.com

Meisenstr. 5, 4240 Freistadt

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer Autorinnen als solche kenntlich gemacht habe (kursiv).

Anmerkung:

Der besseren Lesbarkeit halber habe ich im Text auf das I im Wortinneren verzichtet und immer die weibliche Form verwendet. In diese Bezeichnung sind Männer und Frauen gleichermaßen eingeschlossen. Wenn die Verständlichkeit auf Grund der Dominanz der männlichen Form in der Literatur gelitten hätte wurde die männliche Form verwendet (z.B. arztinduzierte Nachfragen, Arztdichte, Anbieter).

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	5
2	Einleitung und Methodik.....	6
3	Gesundheit und Krankheit.....	8
3.1	Definition.....	8
3.2	Gesundheitsdeterminanten.....	12
3.2.1	Sozioökonomische Determinanten.....	12
3.2.2	Gesundheitsverhalten.....	15
3.2.3	Umweltbedingungen.....	17
3.2.4	Gesundheitsförderung.....	18
3.2.5	Gesundheitsdienste.....	19
3.2.6	Sozialkapital.....	20
4	Gesundheitsmarkt – ein Markt wie alle anderen?.....	23
4.1	Marktversagen.....	25
4.1.1	Angebotsinduzierte Nachfrage.....	26
4.1.2	Moral Hazard.....	37
4.2	Weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.....	38
4.2.1	Krankheitslast und Subjektiver Gesundheitszustand.....	39
4.2.2	Lebenszufriedenheit.....	39
4.2.3	Demographie (Alter und Geschlecht).....	40
4.2.4	Erwerbstätigkeit.....	41
4.2.5	Regionale Besonderheiten.....	41
4.2.6	Sozialstruktur und soziale Schichtzugehörigkeit.....	42
4.2.7	Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten.....	43
4.2.8	Hausarzt als „Gatekeeper“.....	44
4.2.9	Ärztinnendichten.....	45
5	Finanzierung.....	46
5.1	Gestaltung der Mittelaufbringung:.....	48
5.1.1	Die vorwiegend marktwirtschaftliche Option.....	49
5.1.2	Die vorwiegend steuerliche Aufbringung der Mittel.....	49
5.1.3	Die vorwiegend sozialversicherungsmäßige Aufbringung der Mittel.....	50
5.2	Bismarck versus Beveridge: Markt oder Staat?.....	51
5.2.1	Ländervergleich.....	51
5.2.2	Unterschiede zwischen den Versorgungsmodellen.....	59
5.3	Selbstbeteiligung.....	63
5.3.1	Empirie.....	65
5.3.2	Europäische Vergleiche.....	66
5.3.3	Verteilungswirkungen von Selbstbehalten.....	68
5.3.4	10 Thesen zur Steuerungswirkung von Selbstbehalten.....	72
5.3.5	Selbstbeteiligungen in Österreich.....	73
5.3.6	Zusammenfassung der Wirkung von Selbstbehalten.....	77
5.4	Honorierungsformen.....	77
5.4.1	Einzelleistungsvergütung.....	79
5.4.2	Kopfpauschale.....	79
5.4.3	Fallpauschale.....	80
5.4.4	Gehälter.....	80
5.4.5	Budgetierung.....	80
5.5	Gesundheitssysteme als Wirtschaftsfaktor.....	81
5.6	Soziale Gerechtigkeit von Gesundheitssystemen.....	83
5.7	Stationärer Bereich.....	85
5.8	Korruption und Betrug im Gesundheitswesen.....	88
5.9	Finanzierung und Steuerung.....	90

6	Ethik und Gesundheitsökonomie	97
6.1	Ethik	99
6.1.1	Mensch und Gesellschaft	100
6.1.2	Verfahrensethik.....	102
6.1.3	Materielle Ethik	105
6.1.4	Daten- und Controllingproblem	109
6.1.5	Finanzierungsproblem	110
6.1.6	Strukturproblem	112
6.1.7	Leistungsproblem	113
6.2	Gesundheitsökonomie	115
6.2.1	Werkzeuge der Gesundheitsökonomie.....	119
6.2.2	Prioritätensetzung bei knappen Ressourcen	122
6.2.3	Rezepte zur Genesung ohne Qualitätsverlust	123
7	Internationale Vergleiche	125
7.1	Weltweite Vergleiche	125
7.1.1	Effizienz und Wirtschaftlichkeit	127
7.2	Europäische Union.....	132
7.2.1	Lebenserwartung	133
7.2.2	Mortalität und Morbidität	135
7.2.3	Behinderungen	140
7.2.4	Determinanten für Morbidität und Mortalität	141
7.2.5	Gesundheitsausgaben.....	141
7.2.6	Soziale Lage in der europäischen Union	142
8	Österreich - Bundesländervergleiche	150
8.1	Ärztinnendichte	155
8.2	Inanspruchnahmen	158
8.3	Kosten pro Behandlungsfall	160
8.4	Honorierung	163
8.4.1	Das Honorierungssystem der OÖGKK	164
8.5	Outcome	168
8.6	Fazit	172
8.6.1	Demografie	173
8.6.2	Bedarf, Morbidität und Mortalität.....	174
9	Ausblick.....	178
9.1	Demographische Entwicklung.....	180
9.2	Einnahmenseitige Maßnahmen	186
9.3	Ausgabenseitige Maßnahmen	187
9.3.1	Demand Management	187
9.3.2	Case Management	188
9.3.3	Disease Management.....	188
9.3.4	Hausärztinnenmodell.....	189
9.3.5	Empowerment: die Patientin als Koproduzentin von Gesundheit.....	190
9.4	Effektivität und Effizienzsteigerung	190
9.4.1	Neue Krankheitsbilder hinterfragen	191
9.4.2	Definition von Grenzwerten kritisch bewerten	192
9.4.3	Zielorientierung	193
9.4.4	Qualitätssicherung	194
9.4.5	Tansparenz.....	196
9.4.6	Gesundheitsförderung	197
9.4.7	Gesundheitsberichterstattung.....	199
9.5	Fazit	200
10	Public Health Relevanz	203
11	Persönliche Schlussfolgerungen	209
12	Zitierte und weiterführende Literatur.....	212
13	Abbildungsverzeichnis.....	220
14	Tabellenverzeichnis.....	223

1 Zusammenfassung

Wenn über Gesundheitssysteme gesprochen wird, werden oftmals nur jene Systeme impliziert, die beim Auftreten von Krankheiten die Wiederherstellung der Gesundheit sicherstellen sollen. Gesundheitsversorgung im Verständnis von Public Health ist aber wesentlich umfassender zu verstehen. So vielfältig die Determinanten sind, die auf unsere Gesundheit einwirken (Bildung, sozioökonomischer Status,), so zahlreich müssen auch die Antworten sein, mit denen unsere Gesellschaft den Herausforderungen begegnet.

Die Medizin hat unzweifelhaft großes geleistet z.B. in der Behandlung von Unfällen oder akuten Erkrankungen, ebenso unzweifelhaft ist sie aber in der Therapie von zahlreichen chronischen Erkrankungen an ihre Grenzen gestoßen, Grenzen sowohl des sinnvoll Machbaren als auch des Finanzierbaren. Wir sind zu einem ökonomischen Umgang mit den Mitteln im Gesundheitswesen verpflichtet, damit wir nicht anderen (für die Gesundheit mindestens ebenso wichtigen) Bereichen wie Bildung und soziale Unterstützung die Mittel entziehen müssen. Wir werden uns nicht länger leisten können, jede medizinische „Innovation“ einzufordern ohne vorher den tatsächlichen Nutzen geprüft zu haben, wir müssen uns befreien von Lobbyismus und Korruption im Gesundheitswesen. Dabei haben wir die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes und die soziale Gerechtigkeit zu beachten.

Der Ruf nach „mehr Geld ins System“ erschallt immer wieder, die Erwartung, damit auch automatisch eine bessere medizinische Versorgung der Bürgerinnen und als Folge eine bessere Lebensqualität zu erreichen wird jedoch enttäuscht werden. Internationale und nationale Vergleiche machen deutlich, dass die Höhe der investierte Geldmittel und die Versorgungsdichte der Vertragsärztinnen nicht mit den Outcomes wie Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität korrelieren. Wenn nicht gleichzeitig auf eine effektive und effiziente Nutzung der eingesetzten Mittel geachtet wird (das Richtige auch richtig tun) verpuffen diese Ressourcen ohne Nutzen für die Bevölkerung. Wir sollten uns von der Erwartung befreien, dass eine dichtere Versorgung mit Ärztinnen oder Krankenhausbetten auch mehr Gesundheit bedeuten, oft ist sogar das Gegenteil der Fall, *„Baut Krankenhäuser und ihr werdet Kranke ernten“*, dieser Spruch hat sich in Österreich bewahrheitet.

Umdenken tut Not – Anregungen dazu finden sich in dieser Arbeit.

2 Einleitung und Methodik

Ziel dieser Arbeit ist die Erfassung von Zusammenhängen, sie ist der Versuch die vielfältigen Einflussfaktoren auf die Gesundheit in ihren Kontexten darzustellen um systemisches Denken zu erleichtern. Komplexe Systeme wie das Gesundheitswesen funktionieren wie Uhrwerke, Reformen und Verbesserungen werden nur sinnvoll umgesetzt werden können, wenn an jenen Rädchen gedreht wird, die im Ergebnis eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung zu leistbaren Kosten erreichen.

Anders als sonst meist bei Diplomarbeiten und Dissertationen üblich geht es nicht um die intensive Aufarbeitung einer detaillierten Fragestellung sondern um ein Gesamtverständnis aus Public Health Perspektive.

Es versteht sich von selbst, dass es den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde, jede Facette bis ins letzte Detail auszuleuchten. Zur Vertiefung der einzelnen Themen darf ich auf die Literaturangaben verweisen, die zahlreiche (oft auch im Internet abrufbare) hervorragende Darstellungen beinhalten. Für die Verständlichkeit war es manchmal notwendig Inhalte zu wiederholen um die Lesbarkeit nicht durch zahlreiche Querverweise auf andere Kapitel zu erschweren.

Die Arbeit beginnt mit der Darstellung von Gesundheit und Krankheit und die bestimmenden Determinanten um die komplexen Einflussfaktoren darzustellen. Anschließend werden die Besonderheiten des „Gesundheitsmarktes“ durchleuchtet und die relevanten Faktoren zur Finanzierung beschrieben. Nach den Themen Gesundheitsökonomie und Ethik werden in internationalen und nationalen Vergleichen die Gesundheitssysteme und ihre Indikatoren gegenübergestellt. Dabei wird besonders Augenmerk auf die Versorgungssituation der Anspruchsberechtigten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse im Bundesländervergleich gelegt. Ein Ausblick auf Anregungen, der einzelne Aspekte einer verbesserten Versorgung für die Bürgerinnen aufgreift, soll handlungsrelevante Verbesserungspotentiale beispielhaft darstellen. Auch hier erhebt die Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit sondern möchte Denkanstöße liefern. Die Beleuchtung der Public Health Relevanz der vorangehenden Darstellungen und die persönlichen Schlussfolgerungen der Autorin zu den behandelten Themen bilden den Abschluss.

Die Methodik der Literatursuche war vielfältig. Neben medizinischen Datenbanken wurde auch systematisch zu jedem Thema die Suchmaschine Google benützt, vor allem um Arbeiten im deutschsprachigen Raum aufzuspüren. Autorinnen wurden direkt kontaktiert und von Ihnen wurden auch nicht publizierte Arbeiten zur Verfügung gestellt die in diese Arbeit einfließen konnten. Auch Literaturangaben der gefundenen Literatur erwiesen sich als Quelle neuer Informationen. Eine große Hilfe waren die Unterlagen und Präsentationen der Public Health Lehrgänge 2002-2004 und 2004-2006 der medizinischen Universität Graz. Zahlreiche Bücher wurden gelesen, und auch das Netzwerk der Teilnehmerinnen und Referentinnen war bei der Suche nach relevanter Literatur behilflich.

Benützt wurden weiterhin Publikationen der Statistik Austria und statistische Auswertungen der Europäischen Union und der WHO. Die Daten aus Österreich stammen vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger (z.B. Finanz- und Ärztekostenstatistik) und von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (z.B. FOKO, ein Behandlungs- und Folgekosten-Datawarehouse, dessen Kompetenzzentrum in der Abteilung für Behandlungsökonomie in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse die Österreich weite Betreuung sicherstellt).

3 Gesundheit und Krankheit

Das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, sie wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern. Dabei stellen sich zunächst folgende Fragen:

- Was ist Gesundheit und was ist Krankheit?
- Inwieweit kann das Gesundheitssystem überhaupt Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen?
- Wie kann Gesundheit und Krankheit gemessen werden?

Ohne Zweifel tragen die modernen medizinischen Leistungen zum Ansteigen der Lebenserwartung bei, was den tatsächlichen Anteil der Medizin an der steigenden Lebenserwartung betrifft gibt es aber widersprüchliche Angaben.

Zahlen von US-Epidemiologen haben für Ernüchterung gesorgt [Wright/Weinstein1998]: Nur zwischen zehn und 16 Prozent gehen auf die Kunst der Ärztinnen und den Segen von Medizintechnik und Pharmazie zurück, weit bedeutender sind gesteigerter Wohlstand, vernünftige Hygienemaßnahmen und der Lebensstil.

3.1 Definition

Die Definition der WHO, die Gesundheit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ bezeichnet wird unter Expertinnen auch kritisch gesehen [Schwartz et al, 1998, S.11]. Denn bei wörtlicher Auslegung wäre dann nahezu jeder Mensch als krank einzustufen. Krankheit wird vom Menschen als etwas Unerwünschtes, Nicht-sein-Sollendes aufgefasst (aber nicht alles Unerwünschte ist auch schon eine Krankheit).

Der Begriff Gesundheit wird in den meisten nationalen Gesundheitssystemen überwiegend biomedizinisch im Sinne von Abwesenheit von Krankheit definiert. Man betrachtet den Körper als Maschine, die vor allem durch direkte Eingriffe in ihre internen Vorgänge vor Krankheit und ihren Folgen geschützt werden könne.

Diese Betrachtungsweise führt dazu, dass den Umwelteinflüssen und dem persönlichen Verhalten der Menschen – den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren – mit Gleichgültigkeit begegnet wird [McKeown, 1982, S.22].

Dabei werden zum Teil sogar bewusst Gesundheitsschädigungen in Kauf genommen, in der Überzeugung, dass die Technik sicherlich helfen wird. Klassisches Beispiel sind die cholesterinsenkenden Arzneimittel, die nach einem zu fetten Essen eingenommen werden, um die Blutfettwerte wieder „in Ordnung zu bringen“.

Gesundheit wird oft als statischer Zustand verstanden, der durch eine bestimmte medizinische Intervention behandelt und in Ordnung gebracht werden kann. Gesundheit ist aber als Prozess zu verstehen in dem es zu kontinuierlichen Veränderungen des jeweiligen Zustandes eines Menschen zwischen den Extrempolen Gesundheit und Krankheit kommt. Der jeweilige Zustand wird durch sehr viele Faktoren beeinflusst. Da sich diese einwirkenden Faktoren ständig ändern, muss der Mensch aktiv mit den seine Gesundheit bedrohenden Faktoren umgehen, um sich auf dem Kontinuum nicht zu weit in Richtung Krankheit zu bewegen. Begreift man Gesundheit tatsächlich als Prozess, der durch viele in der Umwelt des Menschen liegende Faktoren, aber auch durch dessen eigenes Verhalten beeinflusst werden kann, so werden die begrenzten Möglichkeiten des Gesundheitssystems deutlich. Die epidemiologische und sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung hat mittlerweile eine Vielzahl von Faktoren identifiziert, denen salutogene (also eine gesundheitsfördernde) Funktionen zugeschrieben werden. Beispiele dafür sind hoher sozialer Status, aktive Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben, reduzierte Umweltbelastungen, selbstbestimmte Arbeitseinteilung im Beruf und gesundheitsfördernde Lebensweisen [Noack, 1996, S.38]. Auf Grund dieser vielfältigen Einflüsse schätzt man den tatsächlichen Einfluss des Gesundheitssystems auf die Lebenserwartung auf etwa 10-30 Prozent [Rosenbrock, 2001, S.751].

Trotzdem darf nicht der Schluss gezogen werden, dass die Auseinandersetzung mit der Effizienz des Gesundheitssystems überflüssig sei und große Teile der dort verbrauchten Gelder eingespart bzw. in andere Ressorts umgeleitet werden könnten. Betrachtet man die Bevölkerungs- und die Individualgesundheit nicht nur unter dem Aspekt der Lebenserwartung sondern auch unter dem Blickwinkel der Lebensqualität, so kommt dem Gesundheitswesen eine große Bedeutung zu. Gerade bei der Linderung von Leiden sowie bei der Wiederherstellung oder der Verbesserung von Morbidität sowie von sozialen und funktionalen Kompetenzen hat das Gesundheitswesen in den letzten Jahren sehr wohl Werte geschaffen [Wismar et al, 1998, S.1]. Vor dem Hintergrund eines sich

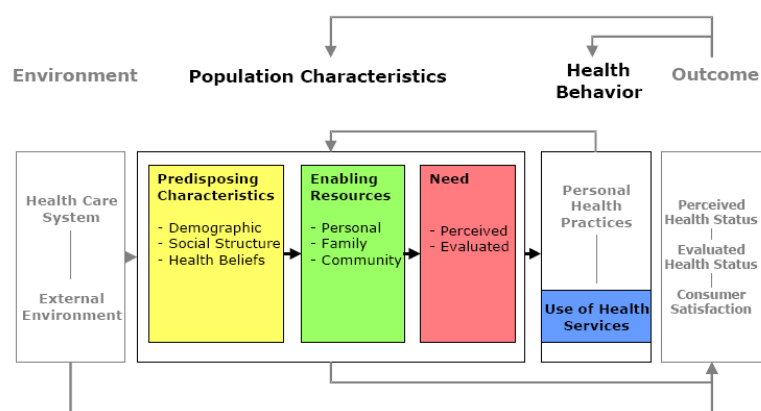
wandelnden Krankheitspanoramas (weg von Infektionskrankheiten und Seuchen hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen) wird dessen Bedeutung in Zukunft auch eher zunehmen, weil immer mehr Menschen eine Erkrankungsepisode chronisch-degenerativ erkrankt überleben werden [Köck, 1996, S.8].

Die Messung von Gesundheit und Krankheit ist komplex, denn man kann Gesundheits- und Krankheitszustände von Menschen nicht einfach anhand einer transparenten und ständig zur Verfügung stehenden Kennzahl eindeutig bestimmen. Vielfältige Einflüsse auf die Gesundheit spielen eine Rolle, die Eliminierung einzelner Faktoren ist problematisch. Alleine das Verhalten eines Menschen oder dessen gegenwärtige psychische Verfassung kann dazu führen, dass die gleiche Therapie in einem Fall erfolgreich und im andern Fall nicht erfolgreich wirkt.

In einem engeren Sinn wird zwischen Gesundheits-, Krankheits- und Krankenrollenverhalten unterschieden [Kurth, 2004, S.9]:

- Gesundheitsverhalten:
Verhaltensweise einer symptomfreien Person, die auf Gesunderhaltung abzielt
- Krankheitsverhalten:
alle Aktivitäten, die eine Person beim Auftreten von Symptomen unternimmt
- Krankenrollenverhalten:
Verhaltensweisen die eine Person, die sich selbst für krank hält unternimmt, um wieder gesund zu werden.

Abbildung 1: Health Behavior Model, adaptiert nach Andersen (1995) Quelle: Kurth, 2004, S. 16



Environment:

Bezeichnet die äußere Umwelt, den gesamtgesellschaftlichen Kontext und damit auch das Gesundheitssystem in dem die Inanspruchnahme stattfindet.

Predisposing Characteristics:

Alle Merkmale, die sich indirekt auf die Inanspruchnahme auswirken.

- Demographie:
Merkmale wie Alter und Geschlecht, die sich als „biologischer Imperativ“ auf die Inanspruchnahme auswirken (wobei die soziale Dimension von Alter und Geschlecht nicht vernachlässigt werden darf).
- Sozialstruktur:
Merkmale die anzeigen, welche Möglichkeiten und Ressourcen einer Person zur Lösung von Problemen zur Verfügung stehen (sozialer Status, Bildung, Beruf, Wohnumfeld, Sozialraum, soziale Netzwerke, Interaktionsmöglichkeiten).
- Health Beliefs:
Einstellungen, Werte und Wissen, die eine Person über Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen hat. Sie beeinflussen die Wahrnehmung des Bedarfs und die Einschätzung des möglichen Nutzens und der möglichen Kosten der Inanspruchnahme .

Enabling Resources:

Sie bilden die notwendige Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, es werden personen- und gemeindebezogene Ressourcen unterschieden.

- Personal/Family:
Merkmale wie Einkommen und das Vorhandensein einer Krankenversicherung, aber auch das für eine Inanspruchnahme nötige Wissen.
- Community:
Vorhandensein und Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen am Wohn- und Arbeitsort.

Need:

Es wird zwischen dem von der betroffenen Person wahrgenommenen Bedarf und dem durch professionelles Urteil objektivierbaren Bedarf unterschieden. Der biologische Bedarf ist nur wirksam, wenn er von der Ärztin oder von der Patientin auch wahrgenommen wird.

- Perceived:
ist mit der patientinneninduzierten Inanspruchnahme assoziiert und hauptsächlich ein soziales Phänomen.
- Evaluated:
ist stärker mit der arztinduzierten Inanspruchnahme assoziiert und bestimmt den Umfang einer Behandlung. Eher ein Maß für die biologische Notwendigkeit, aber nicht mit dieser gleichzusetzen, da auch das professionelle Urteil in einem sozialen Kontext gefällt wird.

Outcome:

Resultate der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wie subjektiver und objektiver Gesundheitszustand und die Zufriedenheit mit der Versorgung.

3.2 Gesundheitsdeterminanten

Die Gesundheitsdeterminanten stehen in einer komplexen Wechselwirkung zueinander und bedingen den Gesundheitszustand [Europäische Kommission, 2003].

Die Determinanten der wesentliche Gesundheitsprobleme sind:

- niedriger sozioökonomischer Status
- schädliches Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlernährung, Drogen, körperliche Inaktivität)
- schlechte Umweltbedingungen

Positiv beeinflusst wird der Gesundheitszustand durch:

- Gesundheitsförderung
- Gesundheitsdienste
- Sozialkapital

3.2.1 Sozioökonomische Determinanten

Der sozioökonomische Status kennzeichnet die Position einer Person in der Gesellschaft und nimmt wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand, umgekehrt ist der Gesundheitszustand aber auch ein wichtiger Faktor für die sozioökonomische

Entwicklung. In allen Staaten der europäischen Union sind die Mortalitäts-, Morbiditäts- und Behinderungsraten am höchsten in den Gruppen mit dem niedrigsten Sozialstatus.

3.2.1.1 Makroökonomische Determinanten

Die Prävalenz (Häufigkeit) von Krankheiten wächst mit sinkendem Einkommen, die vorzeitige Sterblichkeit ist am höchsten in der Gruppe der Menschen mit der niedrigsten Finanzkraft.

Makroökonomische Determinanten (Pro-Kopf-BIP) liefern Anhaltspunkte für den finanziellen Aufwand von Staaten und Einzelpersonen für Gesundheitsleistungen. Sowohl zwischen als auch innerhalb der europäischen Staaten gibt es erhebliche Einkommensunterschiede, am gleichmäßigsten verteilt sind die Einkommen in den nordischen Mitgliedsstaaten.

3.2.1.2 Ausbildungsniveau

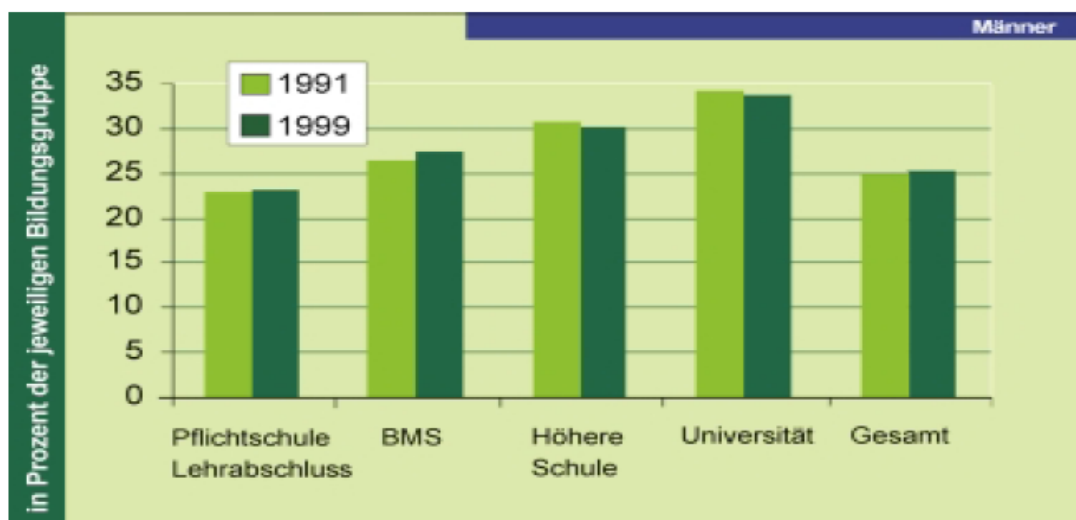
Sowohl Krankheitsprävalenz als auch vorzeitige Sterblichkeit verhalten sich umgekehrt proportional zum Ausbildungsniveau, bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau verlaufen chronische Krankheiten in der Regel ungünstiger und führen häufiger zu Behinderungen als bei Patientinnen mit höherem Bildungsniveau.

In den nordischen Ländern haben Kinder von Müttern mit lediglich Hauptschulbildung ein höheres Gesundheitsrisiko als Kinder besser ausgebildeter Mütter. Ungleichheiten bestehen also bereits in jüngstem Alter, setzen sich fort und verstärken sich [Robine et al., 1999].

Das Gesundheitsverhalten ist signifikant assoziiert mit dem Ausbildungsniveau. Je ausgeprägter das Rauchverhalten in einem Land, desto verbreiteter ist das Rauchen in der Population mit dem niedrigsten Bildungsniveau. Das Bildungsniveau der Haushaltsmitglieder und insbesondere des Haushaltsvorstandes spielt in der Bestimmung der Sozialschicht-Zugehörigkeit in der Regel eine wichtige Rolle.

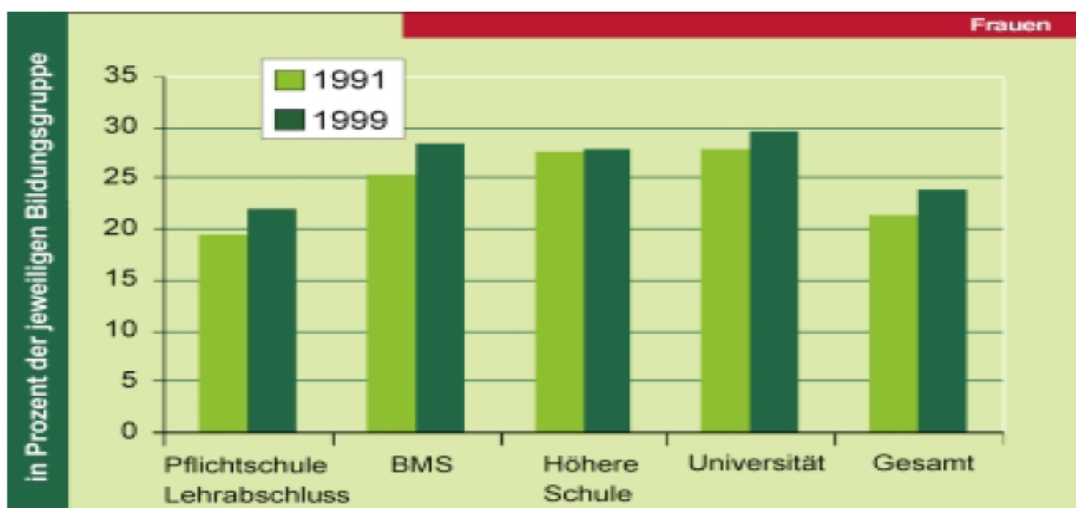
Im Mikrozensus 1999 wurde abgefragt, wie gut die Befragten ihren Gesundheitszustand einschätzen. Wir sehen, dass sich Bildung gesundheitsmäßig auszuzahlen scheint.

Abbildung 2: Gesundheitszustand „sehr gut“ nach Bildungsgruppen Männer (altersstandardisiert) Quelle: Hofmarcher et al, 2003c, S.15



Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Abbildung 3: Gesundheitszustand „sehr gut“ nach Bildungsgruppen Frauen (altersstandardisiert) Quelle: Hofmarcher et al, 2003c, S.16



Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Der Gesundheitszustand ist nur zu einem Teil auf das Gesundheitssystem zurückzuführen, den überwiegenden Anteil erklären andere Faktoren wie Lebensstil und Einkommen, und die hängen wieder eng zusammen mit dem Faktor Bildung [Wilkinson, 2001].

3.2.1.3 Haushalte, Familien und soziales Gefüge

Familienstrukturen sind ein Hort sozialer und anderer Werte, prägen die partnerschaftliche Einstellung und sind assoziiert mit mentaler Gesundheit, Morbidität und Mortalität. Familie ist die erste Instanz der informellen Gesundheitsförderung und Hauptschutz für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen.

3.2.1.4 Beschäftigung

Eine sichere Beschäftigung wirkt sinngabend für die persönliche Existenz, bringt Einkommen und materiellen Wohlstand und beeinflusst damit das soziale Leben. Regelmäßiges und ausreichendes Haushaltseinkommen gibt den Menschen eine Zukunftsperspektive und ermöglicht eine Haushaltsplanung.

Die Arbeitsbedingungen spielen für die Auswirkung auf die Gesundheit eine entscheidende Rolle, starke Lärmexposition, das Heben schwerer Lasten oder Arbeit unter Zwangshaltungen gehören zu den häufigsten Beeinträchtigungen. Die am häufigsten auftretenden arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme sind Rückenschmerzen (30%), Stress (28%) und Muskelschmerzen in Armen und Beinen (17%) [Europäische Kommission, 2003, S.37].

3.2.1.5 Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit führt zu einem Verlust an Einkommen, an Sozialstatus und an sozialen Kontakten. Nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit können daher wirtschaftlich, sozial und psychologisch bedingt sein, der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist sehr komplex.

3.2.2 Gesundheitsverhalten

Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind der Konsum von legalen (Tabak, Alkohol) und illegalen Drogen, ungesunde Ernährung, fehlende Bewegung und riskantes Sexualverhalten.

3.2.2.1 Rauchen

Rauchen wird mit einer Vielzahl von Krankheitsbildern in Verbindung gebracht (z.B. ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall, Aortenaneurysma, Arteriosklerose, Magengeschwüre, geringem Geburtsgewicht, plötzlicher Kindestod, verminderte Fertilität, chronische Bronchitis, Emphysem, sowie Krebs von Lunge, Bauchspeicheldrüse, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf).

Etwa 90 Prozent aller Lungenkrebse, 80 Prozent aller chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen und 25 Prozent der Todesfälle durch Herzkrankheiten sind mit dem Rauchen assoziiert, es ist damit die größte Einzelursache vermeidbarer Todesfälle.

Seit 1980 ist der Anteil der männlichen Raucher zurückgegangen, bei den Frauen aber gestiegen, am meisten dazu beigetragen haben die Frauen in den jüngsten Altersgruppen. Tabakkonsum ist nicht nur für den einzelnen Raucher schädlich, sondern über das Passivrauchen auch für andere Menschen.

3.2.2.2 Alkoholmissbrauch

Alkohol ist eine signifikante Gesundheitsdeterminante, die der politischen Einflussnahme zugänglich ist. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch auf der einen und tödlichen Verkehrsunfällen und Suiziden auf der anderen Seite.

Zweifelsfrei besteht auch ein Parallelität zwischen Pro-Kopf-Verbrauch und Zirrrose-Mortalität, Mundkrebs und Speiseröhrenkrebs. Die Höhe des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft korreliert mit der Zahl der mit dem fetalen Alkoholsyndrom geborenen Kinder.

3.2.2.3 Drogenmissbrauch

Illegaler Drogenkonsum schädigt die körperliche und geistige Gesundheit, führt zu Desozialisation und birgt die Gefahr in die Beschaffungs-Kriminalität abzudriften (besonders Einbruch, Diebstahl und Prostitution). Kontaminiertes Injektionsbesteck ist eine häufige Ursache für die Übertragung von HIV und Hepatitis.

3.2.2.4 Nahrung und Ernährung

Sitzende Lebensweise und zu hoher Fettkonsum führen häufig zu Übergewicht und Fettleibigkeit. Dies führt zu einem erhöhten Risiko an Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen zu erkranken und daran auch vorzeitig zu versterben.

3.2.2.5 Körperliche Betätigung

Gesundheit und Lebensqualität wird in allen Altersgruppen durch körperliche Betätigung verbessert. Körperliche Aktivität in der Kindheit und Jugend vermehrt die Knochenmasse und ist ein wichtiger Faktor zur Vorbeugung der im späteren Leben auftretenden Osteoporose. Bewegung reduziert die Todesraten bei Kreislaufkrankungen und Krebs. Bei Älteren steigert Bewegung die Muskelmasse und Muskelkraft und erhöht damit das Leistungsvermögen. Auch die geistige Leistungsfähigkeit wird verbessert und damit generell das Wohlbefinden erhöht.

3.2.2.6 Sexualverhalten

Das Sexualverhalten ist wichtig für das körperliche und geistige Wohlbefinden, unsicherer Sex hat aber nachteilige Implikationen: ungewollte Teenagerschwangerschaften, Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit, Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B und C, Gonorrhö, Syphilis, usw.)

3.2.3 Umweltbedingungen

Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und physischer Umgebung sind noch nicht hinreichend belegt. Folgende Parameter werden für gesundheitliche Beeinträchtigungen verantwortlich gemacht:

- Außenluftverschmutzung (z.B. Dioxine, Schwebstoffteilchen, Blei, Stickstoffdioxid, Benzopyren, Ozon)
- Innenluftverschmutzung (z.B. Radon, Raumfeuchtigkeit, Tabakrauch)
- Wasserverschmutzung (z.B. Blei, Pestizide, Nitrate, mikrobiologisch)
- Lärm
- Lebensmittelkontamination
- Ozonabbau

Gesundheitliche Folgen sind Hörprobleme, Schlafstörungen, Stress (der zu Bluthochdruck und anderen Kreislauferkrankungen führen kann), Hautkrebs und andere Krebserkrankungen, Asthma, Geburtsfehler und gastrointestinale Probleme.

Die heftigen Diskussionen um die gesundheitsschädigende Wirkung von Handymasten machen deutlich, dass mit der sich ändernden Umwelt auch ständig neue mögliche Gefahrenpotentiale entstehen.

3.2.4 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist wirksam wenn sie die angestrebte positive Veränderung der Gesundheitsdeterminaten bewirkt. Neben Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention muss dabei gleichermaßen auf Verhaltens- und Verhältnisprävention geachtet werden. Gesundheitsförderung verschiebt den Zustand des Menschen auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit Richtung Gesundheit.

3.2.4.1 Gesundheitsschutz

Die besten Ergebnisse werden erreicht, wenn legislative Maßnahmen gekoppelt werden mit gezielten Informationskampagnen zu Sicherheitsvorrichtungen (z.B. Sicherheitsgurten, -helmen, Feuermeldern, Rauchdetektoren, Wasserthermostaten, Treppensicherungen, kindersichere Verschlüsse). Entscheidender Faktor ist hier die Gesetzgebung.

3.2.4.2 Krankheitsprävention

In der Krankheitsprävention sind mit Impfungen und Screening zwei Maßnahmenkategorien zu unterscheiden: Impfungen helfen dabei Infektionskrankheiten zu reduzieren, durch Screening sollen Erkrankungen vor ihrem klinischen Auftreten diagnostiziert und durch eine frühzeitige Behandlung der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden.

3.2.4.3 Risikobezogener Ansatz (Verhaltensprävention)

Die Auswirkungen und die Prävalenz der einzelnen Risikofaktoren beeinflussen sich gegenseitig. So gibt es eine Wechselwirkung zwischen Rauchen und Alkohol, die wieder potentiell verstärkt werden durch ein problematisches soziales Umfeld (häusliche Gewalt

ist oft verbunden mit Alkoholproblemen). Beim Risikoansatz hat sich deshalb der Schwerpunkt verlagert von der Individualorientierung zu Bevölkerungsgruppen, wobei eine Vielzahl unterschiedlicher Risiken einbezogen wird.

Präventionsstrategien sind zunehmend zweigleisig angelegt: sie kombinieren einen breiten zielgruppenorientierten Life-Skill-Ansatz mit einem komplementären auf Hochrisikogruppen ausgerichteten aktionsbezogenen Ansatz. Die breiter angelegte Strategiekomponente hat zum Ziel, jene Faktoren zu ermitteln und zu stärken, die eine gesunde Lebensweise und die Entwicklung von Selbständigkeit, Verantwortlichkeit und kritischem Bewusstsein fördern. Bei alkoholassozierten Problemen zielt die Ausrichtung auf bestimmte Populationen darauf ab, den Gesamtkonsum pro Kopf zu reduzieren, gekoppelt mit einer ergänzenden individuell ausgerichteten Strategie für die Hochrisikogruppe der exzessiven Trinker.

3.2.4.4 Kontextorientierung (Verhältnisprävention)

Das Konzept eines kontextbasierten Zugangs der Gesundheitsförderung hat in den letzten zehn Jahren Gestalt angenommen. Die am häufigsten gewählten Settings sind Arbeitsplätze, Schulen, Universitäten, Städte und Gesundheitseinrichtungen.

3.2.5 Gesundheitsdienste

Es besteht Konsens, dass die Gesundheitsversorgung im weitesten Sinne (einschließlich Rehabilitation, kurativer Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung) sich durchaus signifikant auf den Gesundheitszustand auswirkt. Wie groß diese Wirkung ist wird (wie eingangs in diesem Kapitel erwähnt) durchaus unterschiedlich beurteilt. Erschwert wird die Messung der Wirksamkeit durch methodologische Probleme, eine unklare Definition der Begriffe Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung (Umfang, Technologie, Organisation, Finanzierung und Qualität) und durch Schwierigkeiten bei der Ermittlung der einschlägigen Daten. Einige Studien legen den Schluss nahe, dass eine Verringerung der Unterschiede in der Effizienz der medizinischen Versorgung mehr als angenommen zur Verringerung von Unterschieden in der Lebenserwartung beitragen kann [Velkova et al.,1997].

Anzustreben ist, dass die Gesundheitsdienste sich so positiv wie möglich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken. Dabei ist auch wichtig nicht die Augen vor der Tatsache zu verschließen, dass die Gesundheitsdienste selbst Ursache von Leid,

Krankheit und Tod sein können. Einschlägige Daten werden in den meisten Staaten nicht erhoben, doch wo es geschieht, sind die Ergebnisse erschreckend. In einer internen Abteilung in Spanien erfolgen 4,2 Prozent der Einweisungen wegen iatrogenen Erkrankungen, in einer anderen Abteilung für innere Medizin waren 8,6 Prozent der Todesfälle mit iatrogenen Krankheiten assoziiert, wovon 3,8 Prozent unmittelbar zum Tod beitrugen [Europäische Kommission, 2003, S.45]. Weingart und Mitarbeiter nennen sechs Studien, denen zufolge 5 bis 36 Prozent der medizinischen Versorgungsleistungen und 11 bis 13 Prozent der Einweisungen Erwachsener in Intensivstationen von Universitätskliniken iatrogene Erkrankungen zur Ursache haben [Weingart et al, 2000].

3.2.6 Sozialkapital

In einer freien Ordnung können Wirtschaft und Gesellschaft nur dann erfolgreich sein, wenn sie über freiwillig geschaffene innere Bindungskräfte verfügen, die jenseits formaler und juristischer Regeln für einen Zusammenhalt sorgen. Neben dem Human-, Sach- und Geldkapital stellt das Sozialkapital eine vierte Vermögensleistung dar, die eine Gesellschaft zum Erhalt innerer Kohäsion und erfolgreicher Kooperation produzieren und akkumulieren muss.

Das soziale Kapital wirkt wie Bildungskapital. Es verbraucht sich durch seine Verwendung nicht, sondern hat im Gegenteil Prozesscharakter: wenn der soziale Zusammenhalt nicht aktiv gelebt wird, dann schwindet das soziale Kapital einer Gesellschaft. Sozialkapital ruht auf den Pfeilern Werte und soziale Beziehungen. Unter Humankapital versteht man dagegen Wissen, Fähigkeiten und Berufserfahrung.

Sozialkapital umfasst nicht nur eine quantitative Komponente, sondern auch eine qualitative. Wichtigster Unterschied zum ökonomischen Kapitalbegriff ist, dass Sozialkapital „cannot be built individually“, denn „social capital is built during interactions, the stock of social capital does not decrease – and can actually increase – as a result of use“ [Grootaert et al, 2002, S.59].

Sozialkapital kann mehrere Formen annehmen:

- Bonding: “relationships that we have with people that are like us” starke horizontale Bindungen z.B. innerhalb von Volksgruppen oder Familien.
- Bridging: “relationships that we have with people who are not like us” weniger starke Bindungen nach außen, etwa zwischen Gruppen oder Unternehmen.

- Linking: “relationships people have with those in power” positive (vertikale) Verbindungen zwischen Menschen/Gruppen mit unterschiedlichem Macht- oder sozialem Status.

Unter Sozialkapital versteht man:

- Aktive Verbindungen zwischen Menschen: Vertrauen, gegenseitiges Verständnis, gemeinsame Werte und Verhaltensweisen, die Mitglieder sozialer Netzwerke und Gemeinschaften verbinden und kooperatives Handeln ermöglichen
- Die Fähigkeit einer Gesellschaft den sozialen Zusammenhalt (von Institutionen und Menschen) zu bewirken. Umfasst auch Normen und Werte, formelle und informelle Regeln und Verhaltensmuster, die in einer Gesellschaft verbindlich sind. Kooperatives, gemeinschaftsbezogenes und solidarisches Verhalten gehören dazu. Gemeint sind Institutionen im soziologischen, also weiteren Sinn: z.B. Familien, Betriebe, Gewerkschaften, Behörden, Vereine, Schulen. Das Sozialkapital kann daher auch als Verlässlichkeitsgarant bezeichnet werden und charakterisiert die Beziehungen zwischen Personen oder Gruppen.
- Ein soziales Beziehungsnetzwerk (Nachbarschaft) besteht aus Akteurinnen (den Nachbarn = Netzwerkknoten) und deren Beziehungen (Gespräche, Hilfe, gemeinschaftliche Aktivitäten, Streit = Netzwerkverbindungen) zueinander. Letzteres, die Verbindungen und Beziehungen zwischen den Akteurinnen ist das Sozialkapital der Nachbarschaft [Coleman, 1991, S.395].

Zahlreiche Studien belegen, dass sich die Verfügbarkeit von Sozialkapital in höheren Wachstumsraten und damit tendenziell positiv für die Mitglieder des Sozialsystems auswirkt, deshalb sehen Entwicklungsorganisationen und die Weltbank in der Verbesserung des Sozialkapitals eine erfolgversprechende Entwicklungsstrategie [Weltbank, 2005].

Das Konzept von der unterstützenden sozialen Umwelt fand seine Niederschlag zunächst in der psychiatrischen Literatur und bildeten den Kern mehrere Artikel, die von den Epidemiologen Jahn Cassel (1976) und Sidney Cobb (1976) veröffentlicht wurden, die zusammen mehr als 30 Studien analysiert hatten die übereinstimmend davon ausgingen, dass soziale Beziehungen eine Schutzfunktion für die Gesundheit von Mensch und Tier haben.

Zeitgleich erschien eine große Zahl an Berichten aus Longitudinalstudien, die zu dem Ergebnis kamen, dass fehlende soziale Beziehungen einen Hauptrisikofaktor für alle

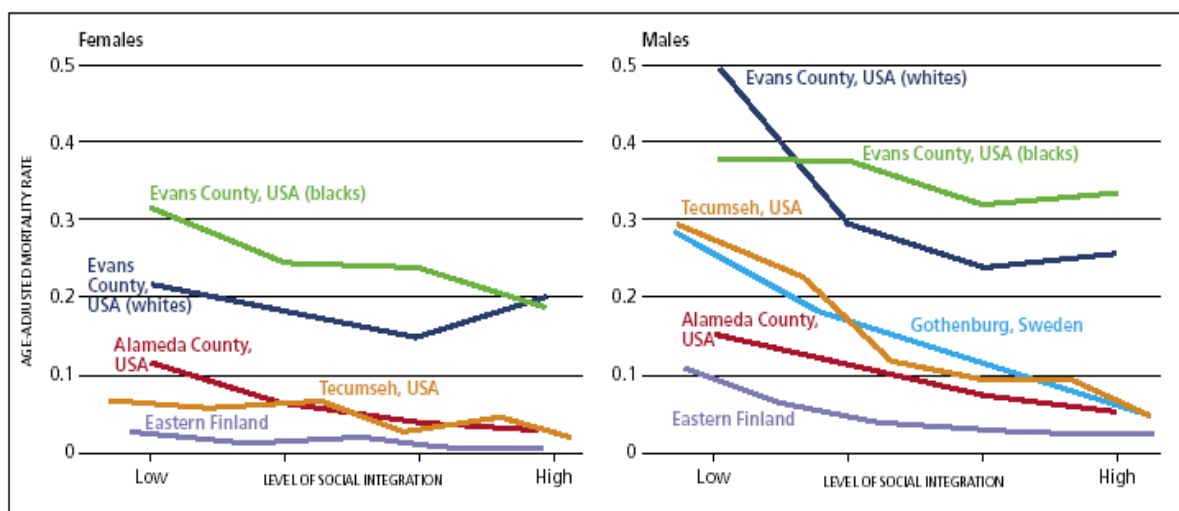
Arten von Todesursachen darstellen [Berkman et al., 1979; Schömbach et al., 1986; Tibblin et al., 1986; Welen et al., 1985].

Das „soziale Netzwerk“ ist ein signifikanter Prädiktor für Mortalität, Personen mit niedrigem Index für diesen Parameter hatten eine zweimal so hohe Wahrscheinlichkeit zu sterben wie jene mit hohem Index für soziale Beziehungen. Der größte Anstieg des Mortalitätsrisikos trat dabei bei dem Drittel der Befragten auf, das in größter sozialer Isolation lebte. Die Ergebnisse waren für Männer deutlicher als für Frauen und für städtische Gegenden deutlicher als für ländliche Gebiete.

Das größte Gesundheitsrisiko scheint die soziale Isolation und eine sehr geringe Zahl sozialer Kontakte zu sein. Ehe, Beruf, informelle Kontakte zu Freunden und Verwandten sowie die Mitgliedschaft in selbstgewählten Organisationen scheinen als Schlüsselemente sozialer Integration zu wirken.

Niemand bedarf notwendigerweise aller dieser Formen, aber die Aufrechterhaltung wenigstens einer oder einiger davon erscheint notwendig für Gesundheit und Wohlbefinden. Diejenigen, die über wenig oder keinerlei Integration verfügen, haben ein deutlich höheres Risiko für Mortalität oder andere Gesundheitsrisiken.

Abbildung 4: Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Sterblichkeit in 5 prospektiven Studien Quelle: WHO, social determinants of health, the solid facts, second Edition



4 Gesundheitsmarkt – ein Markt wie alle anderen?

Wirtschaftlich hat das Gesundheitswesen besonderes Gewicht: 2004 beliefen sich die Gesamtgesundheitsausgaben in Österreich auf 16,8 Milliarden Euro, das sind 7,7 Prozent des BIP (siehe Kapitel 5.8.). Etwa ein Drittel dieser Ausgaben wird von den privaten Haushalten aufgebracht, etwa die Hälfte über Krankenversicherungsbeiträge und etwa ein Fünftel durch Steuereinnahmen.

Das Gesundheitssystem unserer modernen Gesellschaft ist ein sehr widersprüchlicher Komplex. Im Zentrum steht die Finanzierungsfrage, also das Problem, wie mehr Mittel für die medizinische und pflegerische Versorgung aufgebracht bzw. wie die Ausgaben gesenkt oder begrenzt werden können [Wallner, 2004, S.III]. Aus der Komplexität zahlreicher Akteurinnen ergeben sich Anreize zur Abwälzung von Kosten, Entscheidungen und Verantwortung [Wallner, 2004, S.11]. Das Gesundheitswesen ist ein stark von Partikularinteressen und unterschiedlichen Kompetenzverteilungen geprägter Teil der Gesellschaft [Wallner, 2004, S.89]. Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems sind sensible Bereiche der sozialen Sicherung. Reformdiskussionen finden große Aufmerksamkeit in der medialen Öffentlichkeit weil mehr als in andern Feldern der Politik die Menschen „am eigenen Leib“ betroffen sind.

Ursachen für die hohe Komplexität des Gesundheitswesens sind die zahlreichen Gruppen beteiligter Akteurinnen mit ihren spezifischen Interessen und die besondere Bedeutung des in jedem Land eigenständig gewachsenen historischen Kontexts der Organisation der Gesundheitsversorgung und der oftmals spezifischen Ausgestaltung von Organisationsstrukturen und Organisationskulturen in den nationalen Gesundheitssystemen. Das Gesundheitssystem ist Ausfluss kollektiver normativer Entscheidungen und gesellschaftlicher Machtverhältnisse. [Köck/Patera, 2002, S.3]

Gesundheitssysteme und ihr Nutzen für die Bevölkerung werden zunehmend auch kritisch hinterfragt [Huber/Langbein, 2004, S.17]: *Das irreführend „Gesundheitswesen“ genannte Medizinsystem ist in Wirklichkeit ein System des Krankheitsmanagements, in dessen Spielregeln Gesundheit so gut wie nicht vorkommt. Es lebt von Vermehrung von Leistungen an Kranken, nicht von Gesundheit. Keine Branche hat sich so enorm entwickelt wie die Medizin. Das Medizinsystem ist gleichermaßen gigantischer*

Kostenfaktor, bedeutender Wirtschaftsfaktor und größter Arbeitgeber in den Industriestaaten.

Das Medizinsystem bewegt sich in einer Ambivalenz zwischen Ethik und Profit. Die Palette reicht vom Lebensqualität sichernden Ort des sozialen und psychischen Ausgleiches bis zur (aus Kostengründen rationierten) Hightech-Maschinerie. Immer aufwendigere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verschlingen Geld und Ressourcen. Dass die durchschnittliche Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten um neun Jahre gestiegen ist, wird oft als Argument für die Sinnhaftigkeit des Aufwandes verwendet. Der Großteil des Zuwachses wurde aber durch die Reduzierung der Kindersterblichkeit und das Verschwinden der Infektionskrankheiten als Todesursache für junge Menschen verursacht. Ein Fünfundsechzigjähriger darf sich heute durchschnittlich gerade auf ein um zwei Jahre längeres Seniorenleben freuen als sein Altersgenosse in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Und Schon hundert Jahre davor sind Menschen, die erst einmal 60 Jahre alt werden durften, auch nicht viel früher gestorben [Huber/Langbein, 2004, S.22].

In den Ländern mit den international höchsten Gesundheitsausgaben – USA, Kanada und der Schweiz – findet sich der umfangreichste Einsatz marktwirtschaftlich orientierter Anreize. Gesundheitssysteme in Ländern mit unterdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben (z.B. das Vereinigte Königreich) weisen verstärkt Anreize durch staatliche Einflussnahmen (z.B. staatliche Preisfestsetzung und Positivlisten) auf. Allerdings sind bei einem derartigen Vergleich auch qualitative und organisatorischen Unterschiede der Systeme zu betrachten, wie das Bestehen von Wartelisten in staatlichen Gesundheitsdiensten.

In vielen Ländern zeigt sich, dass Gesundheits- und Sozialpolitikerinnen – trotz gegenteiliger Beteuerungen – häufig nicht in der Lage sind, kostensparende Regelungen durchzusetzen. Im Gegenteil: die ambivalente Zielsetzung einerseits Wahlgewinne verteilen zu müssen, um wiedergewählt zu werden und andererseits Einschnitte oder zumindest verminderte Zuwächse im Gesundheitswesen mitteilen zu müssen, scheint zu großen Konflikten zu führen. Daher sind sowohl die über marktwirtschaftliche Anreize als auch die über politische Entscheidungen erzielten Ergebnisse hinsichtlich der Kostensteuerung im Gesundheitswesen nicht als ideal anzusehen. Vielmehr muss nach geeigneten Kombinationen beider Ansätze gesucht werden, um kostensteuernde Wirkungen zu erzielen.

Im Artikel: zur Politik der Steuerung von Gesundheitsausgaben durch Verhaltensanreize werden relevante Aspekte zusammengefasst [Scheil-Adlung, 1998. S.28f]:

- *eine Kostenkontrolle öffentlicher Gesundheitsausgaben scheint durch Verhaltensanreize nicht möglich. Verhaltensanreize sind allerdings besser als politische Entscheidungen geeignet, Kostenentwicklungen zu lenken.*
- *Der Einsatz von Wettbewerbsmechanismen zwischen Anbieterinnen führt nicht zur Kostenbegrenzung sondern zu Ausgrenzungen von Bedürftigen und Kranken.*
- *Die Erschließung der Versicherten als zusätzliche Einnahmequelle zur Deckung der Gesundheitskosten durch Selbstbeteiligungsregelungen führt zwar zu Entlastungen der öffentlichen Haushalte, nicht jedoch zu Kostensenkungen. Eine Steuerungsfunktion ist bei Selbstbeteiligungen nicht zu erkennen. Hierdurch wird jedoch erreicht, dass die schwelenden Interessenskonflikte zwischen den Akteurinnen im Gesundheitssystem weitgehend politikfrei gelöst werden können.*
- *Gesundheitspolitische Zielsetzungen werden zunehmend durch das Ziel der „betriebswirtschaftlich“ optimierten Versorgung ersetzt, gesetzliche Regelungen durch die Ergebnisse marktwirtschaftlicher Mechanismen.*
- *Unter normativen Gesichtspunkten ist zu fragen, inwieweit gesundheitspolitische Zielsetzungen, wie z.B. gleicher Zugang zum Gesundheitswesen an Bedeutung verlieren. Diese Aspekte prägen zwar nach wie vor die politische Rhethorik vieler Länder, finden jedoch nur selten Eingang in Gesetzestexte oder Verhaltensanreize.*
- *Grundsätzlich stellt sich jede Festlegung von Gesundheitsausgaben als ethisches Problem dar.*
- *Fragen nach der Qualität der Gesundheitsleistungen bleiben bei der Einführung von Verhaltensanreizen häufig ebenso im Hintergrund, wie die Ursachen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung, etwa medizinischer Fortschritt, demographische Entwicklungen oder Beitragsausfälle durch Arbeitslosigkeit und Vorruhestandsregelungen. Diese strukturellen Probleme der Gesundheitssysteme können durch Verhaltensanreize nicht gelöst werden.*

4.1 Marktversagen

Die theoretischen Voraussetzungen für das Funktionieren eines unregulierten Marktes für Gesundheitsleistungen sind in der Realität nicht anzutreffen. Es herrschen weder perfekte Konkurrenz noch perfekte Information unter den Marktteilnehmenden. Den Gesundheitsmarkt ohne gezielte Regulierungen dem „freien Spiel der Kräfte“ zu überlassen führt zu deutlich suboptimalen Ergebnissen, wie sich am Beispiel der USA

zeigt. Dort stehen die mit Abstand höchsten Gesundheitsausgaben (absolut und als Anteil im BIP) unterdurchschnittlichen Ergebnissen (gemessen an der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen, an der durchschnittlichen Lebenserwartung, der Säuglingssterblichkeit,.....) gegenüber. Aus dieser Situation ergibt sich die Notwendigkeit von regulierenden Eingriffen in den Wettbewerb durch den Staat.

Köck/Patera merken dazu an [Köck/Patera, 2002, S.6] :

Die Organisation von Gesundheitsversorgung ohne ordnungspolitischen Rahmen ist lediglich für die Leistungsanbieter uneingeschränkt von Vorteil. Sie resultiert in hohen Preisen für die medizinische Einzelleistung und dementsprechend in durchschnittlich sehr hohen Einkommen der Ärztinnen.

Wichtige Gründe für Marktversagen im Bereich von Gesundheitsleistungen sind die angebotsinduzierte Nachfragen und die Organisation des Markts als Versicherungsmarkt. Die Durchschnittspatientin ist in der Regel kaum in der Lage den genauen medizinischen Nutzen einer Maßnahme, die ihrer Gesundheit dient, einzuschätzen. Deshalb sprechen wir bei dieser Leistung von einem „Vertrauensgut“. Art und Menge der Nachfrage werden nicht aufgrund rationaler Entscheidungen gesteuert sondern als vorgegeben akzeptiert, solange das Vertrauen der Patientin zur Behandelnden und ihren Leistungen besteht. Dies bedeutet eine Dominanz der Ärztin, die sich in der Rolle der Beraterin und Anbieterin wiederfindet. Als Anbieterin der Gesundheitsleistung steuert sie gleichzeitig die Nachfrage [Troche et al.,1997].

4.1.1 Angebotsinduzierte Nachfrage

Arztinduzierte Nachfrage ist die Leistungsmenge, welche eine gut informierter Nachfragerin nicht in Anspruch genommen hätte [Williams, 1998, S. 566], also jene Menge an Gesundheitsleistungen, die Patientinnen zusätzlich in Anspruch nehmen im Vergleich zu der Leistungsmenge, die sie gewählt hätten, wenn sie über dieselben Informationen und Kenntnisse verfügt hätten wie die Ärztinnen [Pauly, 1980, S. 5]. Von einer Angebotsinduzierung ist nur dann die Rede, wenn die Ärztin bei der Behandlung ihre eigenen Interessen über die der Patientin stellt und ihre Position dazu nutzt, mehr Leistungen zu erbringen, als sie als perfekte Sachwalterin erbringen würde. Die Definitionen entsprechen der Tradition paternalistischen Arzthandelns. Aus den Definitionen ergibt sich, dass die Ärztinnen in der Lage sind und diese auch dazu nützen, die Nachfrage von Patientinnen nach Leistungen zu beeinflussen. Die Ärztinnen haben als Agentinnen der Patientinnen maßgeblichen Einfluss auf die Wahl des

Behandlungsweges. Die Angebotsseite in Gestalt der einzelnen Ärztinnen oder vorhandenen Kapazitäten im Akutspital beeinflusst die Nachfrage (also auch die Entscheidung der Patientinnen), welche Leistungen in welchem Umfang in Anspruch genommen werden.

Eine notwendige Voraussetzung für einen funktionierenden Markt, die Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage, liegt damit im Gesundheitsbereich nicht vor. Entgegen der grundlegenden neoklassischen Annahme, dass Angebot und Nachfrage unabhängig voneinander bestimmt werden, unterstellt die Hypothese der arztinduzierten Nachfrage, dass die Ärztinnen in eigenem Interesse die Präferenzen der Patientinnen verändern. Auf Grund ihres Wissens und Informationsstandes verfügen die Ärztinnen gegenüber den Patientinnen über die Macht, Ihre Nachfrageentscheidung zu beeinflussen [Arrow, 1963].

Ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Ärztinnen und der Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen gilt als Nachweis, dass Ärztinnen in der Lage sind, die Nachfrage zu beeinflussen. Insbesondere eine steigende Zahl von Ärztinnen, die mit Ausgabensteigerungen einhergehen, wird als Nachweis für arztinduzierte Nachfrage gewertet. Allerdings kann es auch dadurch erst möglich sein, dass durch zusätzliches ärztliches Angebot eine bereits bestehende Nachfrage befriedigt werden kann. Deshalb ist auch zu unterscheiden zwischen arztinduzierter Nachfrage und der Befriedigung von Patientinnenbedürfnissen.

4.1.1.1 Empirische Ergebnisse

Die Existenz arztinduzierter Nachfrage ist umstritten, Studien kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen und somit konnte sie nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden, auch wenn es in zahlreichen Studien deutliche Anhaltspunkte dafür gibt [Kern, 2003]. Es würde den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen einen kompletten Überblick über die Empirie zu geben, diesbezüglich wird auf die Literaturquellen verwiesen, die diesem Anspruch gerecht werden, insbesondere die Arbeiten von Kern und Kurth, die beide im Internet abrufbar sind:

- **Kern A.O.**, 2003: arztinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung, Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
<http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/225.pdf>
- **Kurth, B. et al**, 2004: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen (Schlussbericht); Robert Koch Insitut;
http://www.rki.de/FORSCH/FOR2/FORGBE/WWW_ENDBERICHT.PDF

Als wesentliche Variable zum empirischen Nachweis arztinduzierter Nachfrage wird die Zahl der Ärztinnen pro Einwohner verwendet (Ärztinnendichte). Eine steigende Ärztinnendichte wird als relevanter Einflussfaktor auf die arztinduzierte Nachfrage gesehen [Neubauer, 1982, Breyer, 1984a].

Andere Autoren kommen zu anderen Schlüssen [Cassel/Wilke, 2000, S. 4]:

- Es gibt keine angebotsinduzierte Nachfrage im ambulanten Gesundheitsbereich
- Arztinduzierte Nachfrage kann auch Befriedigung von Nachfrage bedeuten, die bis zum Zeitpunkt der Erhöhung des Angebots ärztlicher Leistungen auf Grund von Rationierung unbefriedigt blieb. Ein abnehmender Einfluss der Ärztinnendichte lässt sich so erklären, dass ab einer bestimmten Ärztinnendichte der Effekt der Rationierung wegfällt.
- Die Nachfragemanipulation von Ärztinnen ist in Deutschland aber bereits an ihre theoretischen und praktischen Grenzen gestoßen.

So muss die Ablehnung der Hypothese der arztinduzierten Nachfrage gemessen an der Arztdichte nicht bedeuten, dass es keine angebotsinduzierte Nachfrage gibt. Im Rahmen von ökonomischen Modellen zur angebotsinduzierten Nachfrage [Breyer/Zweifel, 1999] wird ein direkter Zusammenhang zwischen der künstlichen Nachfrageschaffung und der Ärztedichte hergestellt. Dabei wird von einer ärztlichen Zielfunktion ausgegangen, in die das Einkommen der Ärztin positiv und die Arbeitszeit bzw. die Notwendigkeit der künstlichen Nachfrageschaffung negativ eingehen. Letztere wird deswegen als negatives Element angesehen, weil sie den Prinzipien der ärztlichen Ethik widerspricht. Die Entlohnung der Ärztinnen in diesem Modell folgt der Einzelleistungsvergütung.

Unterstellt man für die Einkommensmotivation der Ärztin, dass ein exogen fixiertes Zieleinkommen (z.B. standesgemäßes Einkommen) erreicht werden soll, dann lassen sich in Abhängigkeit von der Ärztedichte drei unterschiedliche Situationen unterscheiden:

Situation 1: Ist die Ärztedichte sehr gering, dann reicht selbst die maximal mögliche Arbeitszeit nicht aus, um die autonome Primärnachfrage zu befriedigen. Eine Zunahme der Dichte der Ärztinnen führt in dieser Situation nur zu einem Abbau der unbefriedigten Primärnachfrage. Insgesamt steigt damit die Menge der erbrachten ärztlichen Leistungen und das ärztliche Einkommen entsprechend an. Eine künstliche Nachfrageschaffung ist in einer solchen Konstellation nicht notwendig und damit unwahrscheinlich.

Situation 2: Ab einer bestimmten Ärztedichte ist die autonome Primärnachfrage befriedigt. Eine weitere Zunahme der Ärztedichte bewirkt, dass die gleiche Leistungsmenge auf mehrere Ärztinnen aufgeteilt wird. Die Arbeitszeit einer einzelnen Ärztin wird reduziert, wodurch auch ihr Einkommen sinken wird. Insgesamt bleibt aber die erbrachte Menge an ärztlichen Leistungen konstant. Werden die ärztlichen Einkommenswünsche ausreichend erfüllt, findet eine künstliche Nachfrageschaffung nicht statt.

Situation 3: Ab einer bestimmten Ärztedichte ist die Arbeitszeit so weit gesunken, dass die einzelne Ärztin gerade noch ihr Zieleinkommen realisiert. Jede weitere Zunahme der Ärztedichte muss im selben Verhältnis durch eine künstliche Nachfrageschaffung kompensiert werden, wenn das Zieleinkommen realisiert werden soll. Damit steigt die pro Versicherten erbrachte Leistungsmenge ab diesem Punkt wieder an, das Zieleinkommen wird erreicht und es kommt zu einer künstlichen Nachfrageschaffung.

Aus der kurzen Beschreibung der Modellergebnisse wird klar, dass eine Zunahme der Ärztedichte nicht automatisch zur künstlichen Nachfrageschaffung führen muss. Selbst im Fall der Einzelleistungsvergütung ist dies nur ab einer bestimmten Ärztedichte der Fall. Weiterhin sollte aus den Modellergebnissen deutlich werden, dass die künstliche Nachfrageschaffung sehr eng mit der Honorierungsform der Einzelleistungsvergütung verknüpft ist. In Honorierungssystemen, die andere Anreizstrukturen aufweisen (z.B. Kopfpauschale, Einzelleistungsvergütung mit degressiven Elementen, Fallpauschale) etc. ist ein solches Verhalten nicht wahrscheinlich.

Allerdings ist damit das existierende Grundproblem nicht wirklich beseitigt. Das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage ist Resultat einer grundlegenden Informationsasymmetrie zwischen Ärztin und Patientin. Wählt man eine andere Honorierungsform, dann wird diese Informationsasymmetrie zu anderen negativen Effekten (z. B. Minimierung der ärztlichen Anstrengungen, Qualitätsreduktion) führen. Das Ausmaß, in dem eine künstliche Nachfrageschaffung möglich ist, hängt aber noch sehr wesentlich von zwei weiteren Determinanten ab. Erstens ist die künstliche Nachfrageschaffung von der Höhe der Grenzkosten der ärztlichen Leistungserstellung abhängig. Bei Leistungen mit hohen Fix- und niedrigen variablen Kosten erscheint die künstliche Nachfrageschaffung einzelwirtschaftlich besonders attraktiv. Daraus resultiert die Notwendigkeit den Zusammenhang von Ärztedichte und künstlicher Nachfrageschaffung differenziert nach ärztlichen Fachrichtungen zu analysieren. Im weiteren ist das Ausmaß an künstlicher Nachfrageschaffung von den

Zugangsmöglichkeiten der Patientin zu Gesundheitseinrichtungen abhängig. Dabei kommen finanziellen Zugangsbarrieren eine besondere Bedeutung zu.

Insgesamt leitet sich aus der Argumentation ab, dass die Beantwortung der Frage, ob eine steigende Ärztedichte zu vermehrter künstlicher Nachfrageschaffung und damit allokativ zu suboptimalen Ergebnissen führt, einer genauen Analyse der institutionellen Struktur des jeweiligen Gesundheitswesens bedarf. Aus einem reinen Vergleich von Ärztedichten sind diesbezügliche Schlussfolgerungen nicht ableitbar.

4.1.1.2 Wichtige Definitionen für das Verständnis der arztinduzierte Nachfrage:

Konsumentensouveränität:

Damit ein Markt seine Allokationsfunktion erfüllen kann, ist es erforderlich, dass die Konsumentinnen mittels Nachfrage entsprechend ihrer individuellen Präferenzen und ihrer Zahlungsfähigkeit und –bereitschaft die Produktion von Gütern und Dienstleistungen bestimmen. Jede Konsumentin entscheidet frei über Art und Menge der nachgefragten Güter und Dienstleistungen. Die freie Wahl wird dadurch gesichert, dass die Anbieter die Präferenzen der Konsumentinnen nicht beeinflussen. Markttransparenz führt dazu, dass die Nachfragerinnen das Preis-Leistungs-Verhältnis erfassen können und damit beurteilen können, welche ärztlichen und medizinischen Leistungen Nutzen stiften oder schaden. Nur in einer vollkommenen, perfekt rationalen Welt mit vollkommener Information und Sicherheit entspricht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen der Nachfrage nach Gesundheit [Grossman, 1972].

Informationsasymmetrie:

Die Asymmetrie umfasst nicht nur einen unterschiedlichen Stand bezüglich der krankheitsspezifischen Information, sondern auch hinsichtlich des Wissens, über das die Ärztinnen auf Grund ihrer Ausbildung und Erfahrung verfügen, Informationen bewerten und beurteilen zu können. Die Ärztinnen sind besser informiert über die auf dem Gesundheitsmarkt verfügbaren Diagnose- und Therapieverfahren, die dafür erforderlichen Dienstleistungen und Medizinprodukte, die Anbieter dieser Güter und Leistungen sowie deren Preise. Sie können das Ausmaß einer Krankheit besser einschätzen. Die Patientinnen können die Qualitäten der Ärztinnen und die der vorgeschlagenen Leistungen kaum beurteilen. Die asymmetrische Informationsverteilung lässt sich als Spezialfall des Principal-Agent Problems erfassen. Es entsteht eine „agency-relation“ zwischen Ärztinnen und Patientinnen. Je nach Ausprägung überlassen die Patientinnen

(principal), die ihre Nachfrage nicht selbst bestimmen können, ihre Nachfrageentscheidung den Ärztinnen (agent) in unterschiedlichem Maße. Im Wesentlichen kann das Ärztinnen-Patientinnen-Verhältnis als paternalistisch, rein-informationell und kooperativ (shared decision-making) hinsichtlich der Nachfrageentscheidung charakterisiert werden.

Bei vollständiger Übertragung der Nachfrageentscheidung erwarten die Patientinnen, dass die Ärztinnen in ihrem Sinne entscheiden (vollständige Delegation). Im Falle unvollständiger Delegation wird die Nachfrageentscheidung nicht von den Ärztinnen getroffen. Es entscheiden vielmehr die Patientinnen selbst, allerdings sind dafür alle gewünschten und erforderlichen Informationen von den Ärztinnen bereitzustellen. Sind die Ärztinnen perfekte Sachwalterinnen der Patientinnen so führt die Informationsübertragung dazu, dass die Patientinnen in die Lage versetzt werden, rational zu entscheiden und ihre optimale Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu bestimmen.

Arztinduzierte Nachfrage entsteht dann, wenn die Ärztinnen nicht ausschließlich die Wiederherstellung der Gesundheit der Patientinnen verfolgen, sondern das Handeln auch der Befriedigung arzt spezifischer Interessen dient, welche den Interessen der Patientinnen zuwiderlaufen.

4.1.1.3 Ausprägungen arztinduzierter Nachfrage

Die Autonomie der Patientin im Behandlungsprozess wird zumeist nur bezüglich der Nachfrageentscheidung über die Erstinanspruchnahme unterstellt, wobei der Akutfall ausgenommen ist [Neubauer, 1982, S.191]. Die Entscheidung, eine Ärztin aufzusuchen, treffen die Patientinnen auf Grund ihrer Einschätzung, ob Behandlungsbedarf besteht oder sich im Sinne von „medicus curat, natura sanat“ die Befindlichkeitsstörung „von selbst wieder gibt“.

Existenz und Umfang arztinduzierter Nachfrage hängt von der Wissens- und Informationsposition der Patientinnen, der Interessenslage der Ärztinnen, dem Verhältnis der Ärztinnen-Patientinnen-Beziehungen sowie institutioneller Rahmenbedingungen ab. Zur Beurteilung arztinduzierter Nachfrage ist zudem von Bedeutung, welches Behandlungsergebnis trotz arztinduzierter Nachfrage erreicht wird. Der Outcome ist zu berücksichtigen. So ist zwischen (sinnvoller) arztinduzierter Nachfrage zu Gunsten eines besseren Behandlungsergebnisses, („extern verursachter“) arztinduzierter Nachfrage

wegen institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen und die Versorgungsqualität mindernde, (negative) arztinduzierte Nachfrage zu unterscheiden [Kern, 2003, S.18].

Abbildung 5: Ergebnisorientierte Einordnung arztinduzierter Nachfrage

Haben die arztinduzierten Leistungen den Gesundheitszustand positiv verändert?

		JA	NEIN	
			Neutral	Verschlechterung
Hätte der Patient die Leistungen bei perfekter Information nachgefragt?	JA	A	a	c
	NEIN	B	b	d

Quelle: Darstellung nach LABELLE ET AL (1994)

Aus der Abbildung wird deutlich, dass die Situation A keine arztinduzierte Nachfrage im Sinne der perfect-agency darstellt. In Situation B liegt arztinduzierte Nachfrage vor, da die Patientinnen die Leistungen nicht nachgefragt hätte. Jedoch haben die zusätzlichen Leistungen das Behandlungsergebnis positiv beeinflusst. In einer solchen Situation besteht ein unterschiedliches Verständnis zwischen Ärztinnen und Patientinnen, ob eine Leistung in Anspruch genommen werden sollte. Die Präferenzen der Patientinnen führen dazu, dass der Konsum der Leistung abgelehnt wird. Dies kann sowohl an der Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit als auch aus unterschiedlich bewerteten Begleiterscheinungen oder Folgen einer Behandlung resultieren. Diese Situation kann mit dem Nichteinlösen eines Rezepts oder der Nichteinnahme eines verordneten Arzneimittels verdeutlicht werden.

Die Situationen a und c unterscheiden sich durch den Einfluss auf den Gesundheitszustand mit Therapie. In Situation a ergibt sich weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung, in Situation c verschlechtert sich der Gesundheitszustand durch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Sowohl in a als auch in c sind die Ärztinnen zwar perfekter Sachwalter der Patientinnen, die Ergebnisse sind jedoch nicht zufrieden stellend. Diese Situation kann sich aus einer gleichgerichteten Unsicherheit von Ärztin und Patientin über die Wirksamkeit der verfügbaren medizinischen Leistungen ergeben. Verschiedentlich werden hier Tonsillektomie, Hysterektomie oder Koloskopie als Beispiele für Leistungen angegeben, deren medizinisches Outcome zumindest im Einzelfall unsicher ist [Wennberg, 1985]. Obgleich diese Situation keine arztinduzierte

Nachfrage per definitionem darstellt, so erscheint es im Sinne des Effizienzgedankens zumindest erforderlich diese Leistungen hinsichtlich der Effektivität zu überprüfen.

In den Situationen b und d wird die Form der arztinduzierten Nachfrage angetroffen, die vom Grundsatz her abgelehnt wird und aus der sich die negative Konnotation des Begriffs der arztinduzierten Nachfrage entwickeln konnte. Dabei stellt Situation b „nur“ Verschwendung dar. Situation d bedeutet nicht nur Verschwendung sondern auch intangible Kosten für die Patientinnen.

Daraus folgt, dass Leistungen, die zu den Situationen a, b, c und d führen, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen sind. Die Informationen hierüber sind öffentlich zu machen. So wird deutlich, dass in den Situationen b und d die Patientinnen bei Kenntnis der Informationen über die Qualität der Leistungen, diese nicht nachgefragt hätten. Ein wesentliches Problem dabei ist, die Wirksamkeit von medizinischen Leistungen standardisiert aufzubereiten.

4.1.1.4 Einflussfaktoren auf arztinduzierte Nachfrage

Folgende Faktoren beeinflussen den Umfang von arztinduzierter Nachfrage:

Erstkontakt:

Der Erstkontakt einer Behandlungsepisode ist Voraussetzung für arztinduzierte Nachfrage, kann selbst aber von den Ärztinnen kaum beeinflusst werden. Die Zahl der Arztkontakte hingegen, die im Rahmen des Behandlungsprozesses erfolgen, bestimmen die Ärztinnen wesentlich mit. Die Entscheidung zum Erstkontakt erfolgt aus Sicht der Ärztinnen zufällig. Jedoch können die Ärztinnen im Rahmen von Disease-Management und von Screening-Programmen angehalten sein, die Patientinnen zu Arztbesuchen zu veranlassen. Zudem können Anbieter von medizinischen Gütern und Dienstleistungen, deren Leistungen auf Anraten oder durch Verordnung der Ärztinnen nachgefragt werden, ihrerseits auf die Patientinnen einwirken, eine Ärztin zu konsultieren. Auch allgemein zugängliche Informationen über Behandlungsmethoden und Therapiemöglichkeiten führen regelhaft im Anschluss an eine Veröffentlichung zu einer steigenden Zahl von Erstkontakten.

Informationsunsicherheiten:

Nicht nur dass Patientinnen Informationen subjektiv verschieden aufnehmen und bewerten, auch der Zugang zu Informationen ist für Patientinnen eingeschränkt. Die

Patientinnen können in aller Regel weder nach Art noch nach Menge die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bestimmen, sind sie doch kaum in der Lage, den privaten Nutzen von Gesundheitsleistungen zu erkennen. Die Patientinnen gewinnen mittels moderner Informationsmittel zwar immer größeres Verfügungswissen, die gewonnenen Informationen können jedoch kaum hinsichtlich der Relevanz für die eigene gesundheitliche Situation eingeordnet werden.

Dies führt dazu, dass die Patientinnen Therapiealternativen nicht entsprechend ihrer Präferenzen bewerten können. Es ist allerdings vor dem Hintergrund der Diskussionen über Diagnose- und Therapiestandards sowie der Evidence-based Medicine zu fragen, inwieweit Ärztinnen selbst über vollständige Informationen bezüglich der verfügbaren symptom-spezifischen Diagnose- und Therapieverfahren verfügen.

Einkommensinteresse der Ärztin:

Arztinduzierte Nachfrage erfordert, dass die Ärztinnen einen Anreiz haben, medizinische Güter und Dienstleistungen über das, wie auch immer definierte, erforderliche „objektive“ Maß hinaus zu veranlassen, ggf. selbst zu erbringen oder in anderen Leistungsbereichen zu veranlassen.

Damit muss die Ärztin

1. ein Einkommens- und /oder Forschungsinteresse haben und
2. die Möglichkeit, Einkommen aus der Vergütung von Behandlungsleistungen zu erzielen

Die Definition arztinduzierter Nachfrage unterscheidet jedoch nicht klar zwischen Leistungen, die die Ärztinnen persönlich erbringen und Leistungen, die in anderen Bereichen des Gesundheitswesens nachgefragt werden. Entsprechend der target-income Hypothese wird unterstellt, dass Ärztinnen eine Vorstellung bezüglich ihres angestrebten Einkommens haben. Bei einer Ausweitung des Angebots an Ärztinnen, z.B. wenn sich weitere Ärztinnen in einer Region niederlassen, vermeiden die Ärztinnen eine Einkommensreduktion dadurch, dass sie ihren Patientinnen zu mehr diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen raten, um die Nachfrage nach ihren Dienstleistungen zu steigern.

Arztinduzierte Nachfrage kann leicht dadurch interpretiert werden, dass die Gewinne, die Ärztinnen aus ihren Leistungen erzielen, zu gering ausfallen. Zudem muss die Form der Vergütung ärztlicher Leistungen anreizkompatibel sein. Das heißt, es muss den Ärztinnen

möglich sein auf Grund der Vergütungsform der induzierten Leistungen Einkommen zu erzielen. Dabei ist es von Bedeutung, welche Rolle die Ärztinnen im Behandlungsprozess einnehmen, um bestimmen zu können, ob ein Anreiz besteht, mehr Leistungen zu erbringen als erforderlich oder von den Patientinnen bei perfekter Information gewünscht.

Vergütungsform:

Im Grundsatz wirkt eine Einzelleistungsvergütung mengenexpansiv, eine Pauschalvergütung mengenkontraktiv. Bei Einzelleistungsvergütung haben die Ärztinnen einen Anreiz mehr diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu empfehlen, als für eine sichere Diagnose und Behandlung erforderlich wären. Es ist davon auszugehen, dass die Behandlungsqualität bei einer Einzelleistungsvergütung nicht per se besser ist, es werden nur – bedingt durch die Vergütungsform – mehr Leistungen erbracht. Wirkungen auf die Gesundheit der Patientinnen werden zumeist nicht berücksichtigt [Neubauer, 1985].

Arztinduzierte Nachfrage kann durch Bestrebungen der Kostenträger Informationen über Diagnose und Therapie zu erlangen (Diagnosecodierung, Dokumentation) sowie über Sicherung der Versorgungsqualität durch Diagnose- und Therapieleitlinien eingeschränkt werden. Dies bedeutet jedoch bis zu einem gewissen Grad eine Kontrolle ärztlichen Handelns und auch eine Kontrolle der Patientinnen hinsichtlich ihrer Compliance. Standards hinsichtlich Art und Umfang von Diagnose- und Therapieleistungen sind zu definieren (optimalerweise konsensual mit den Leistungserbringerinnen).

Im Sinne der Transparenz des Marktes sollte öffentlich gemacht werden, welche Leistungen überhaupt verfügbar und medizinisch wirksam sind.

Für die Glaubwürdigkeit von ärztlichen Empfehlungen ist es äußerst wichtig, dass sie möglichst frei von finanziellen Überlegungen gegeben werden können. Wenn die eigene Bezahlung davon abhängt, dass Behandlungen durchgeführt werden, besteht ein Anreiz, auch nicht notwendige Behandlungen zu empfehlen – unter der Voraussetzung eines relativen Überangebotes an ärztlicher und sonstiger medizinischer Versorgung.

Die unmittelbar zu spürende Auswirkung ist ein wachsendes Misstrauen zwischen Patientinnen und Ärztinnen, die nicht mehr sicher sein können, ob der andere bei Therapieangebot oder Verweigerung von finanziellen oder inhaltlichen Motiven geleitet wird [Schüffel, 2000].

„PatientInnen-Empowerment“:

Für Patientinnen ist es schwer zu beurteilen, ob eine vorgeschlagene Diagnostik oder Behandlung notwendig ist oder nicht. In dem auch von der WHO vertretenem Konzept sollen Patientinnen im Gegenüber und Miteinander mit den Ärztinnen mit mehr Informationen und Rechten ausgestattet werden. Dadurch sollen sie in die Lage versetzt werden überflüssige Diagnose- und Therapieschritte zu hinterfragen und abzulehnen.

Empowerment bedeutet aber auch, dass die Patientinnen Informationen gewinnen, welche Diagnose- und Therapiealternativen zusätzlich zu denen verfügbar sind, die die behandelnde Ärztin ihnen anbietet. Dies kann zu einer durch das Patientinnenwissen induzierten Nachfrage führen. Insbesondere Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten informieren über Alternativen (vorzugsweise die eigenen Produkte). Dadurch kann „Patientinneninduziertes Angebot“ verursacht werden, wenn Maßnahmen gewählt werden, die über den Umfang einer ursprünglich intendierten Therapie hinausgehen.

Ärztliche Erfahrung, Risikoaversion und Gebührenordnung:

Risikoaversion führt zu Defensivmedizin und bedeutet, dass die Ärztinnen Leistungen erbringen, die sie vor Klagen von Patientinnen schützen sollen. Neben dieser Risikoaversion bestimmen die Fähigkeiten und das Erfahrungswissen der Ärztinnen in welchem Umfang Leistungen angeraten und erbracht werden. Je größer ärztliche Erfahrung und Kenntnisse sind, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass zu viele Leistungen erbracht werden, zumindest dann, wenn in derselben Zeit andere Patientinnen behandelt werden können und die dort abrechenbaren Leistungen eine höhere Vergütung erbringen. Deshalb haben die Vergütungsrelationen und damit die relativen Preise der Behandlungsleistungen Einfluss auf Art und Umfang der arztinduzierten Nachfrage.

4.1.1.5 Fazit

Zur Bewertung ärztlicher Leistung sollte der Staat die Bevölkerung über Qualität und Sinn medizinischer Leistungen sowie über erreichbare Behandlungsergebnisse aufklären. Durch bessere Kenntnisse über die Wirksamkeit (aber auch über die Unwirksamkeit) von Therapien sowie über die Sinnhaftigkeit von diagnostischen Maßnahmen kann sich die Nachfrage entscheidend verändern.

So wird vermutet, dass die Nachfrage nach operativen Leistungen in der Gesundheitsversorgung bei qualifizierten Informationen auf ein Niveau zurückgehen wird,

dass dem entspricht, dass Ärztinnen selber wählen würden, wenn sie Patientinnen wären [Domenighetti, 1993].

Zur Eindämmung der angenommenen arztinduzierten Nachfrage würde ein Vergütungssystem mit stärkerer Pauschalierung beitragen. Dies würde für Ärztinnen einen Anreiz schaffen, nicht mehr Leistungen zu erbringen als erforderlich. Zugleich erfordert eine pauschalierte Vergütung aber eine stärkere Qualitätsorientierung der Versorgung, damit keine arztinduzierte Mindernachfrage erfolgt.

4.1.2 Moral Hazard

Der Gesundheitsmarkt ist ein Versicherungsmarkt. Die Zahlerin der Leistung (meist eine öffentliche oder private Versicherung) ist mit den Konsumentinnen (Patientinnen) nicht identisch, daher ist der Preismechanismus in der aus anderen Wirtschaftsbereichen gewohnten Form nicht wirksam. Die Versicherte trägt die von ihr verursachten Kosten nicht direkt, die Versicherungsprämie ist vom Umfang der in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen unabhängig. Dies führt zur Ausweitung der Nachfrage, besonders, wenn sie auf einen Markt ohne Regulierung und Begrenzung des Angebotes trifft.

Unter „Moral Hazard“ versteht man die Steigerung der Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintrittes bzw. der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Existenz eines Versicherungsverhältnisses. Dieser kann vor Krankheitseintritt „ex ante“ entstehen, z.B. durch risikoreiche Verhaltensweisen oder fehlende Maßnahmen in der Krankheitsvorbeugung, oder nach Krankheitseintritt „ex post“, wobei Patientinnen mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen als medizinisch angemessen erscheinen.

Rezepte gegen diesen „Moral Hazard“ meinen manche Gesundheitspolitikerinnen in Risikozuschlägen und in Selbstbeteiligungen gefunden zu haben.

„Moral Hazard“ kann nicht nur auf der Seite der Nachfragerinnen nach Gesundheitsleistungen auftreten sondern auch auf der Angebotsseite: in Form einer Tendenz zur überhöhten Abrechnung durch Ärztinnen.

4.2 Weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Das Robert Koch Institut in Deutschland hat im Rahmen eines Förderschwerpunktes „Versorgungsforschung“ eine Bericht über die Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen erstellt. Die Bezugsgruppe war die erwachsene Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, Indikatoren für die ambulante Inanspruchnahme waren die aus einer repräsentativen Bevölkerungserhebung (Bundes-Gesundheitssurvey 1998) vorhandenen Informationen zu der Zahl der Kontakte bei Ärztinnen.

Die in diesem Bericht vorgelegte komplexe Analyse des Zusammenwirkens Patienteninduzierter und Angebotsinduzierter Nachfragedeterminanten ermöglicht die Identifizierung jener Einflussfaktoren, die durch Steuerungsansätze beeinflussbar sind [Kurth et al., 2004]. Auf Grund der Ähnlichkeit der Gesundheitssysteme ist eine Vergleichbarkeit mit Österreich durchaus gegeben und deshalb möchte ich die wichtigsten Punkte der plausiblen aber auch teilweise überraschenden Ergebnissen zusammenfassen.

In einem engeren Sinn wird zwischen Gesundheits-, Krankheits- und Krankenrollenverhalten unterschieden [Kurth, 2004, S.9]:

- Gesundheitsverhalten: Verhaltensweise einer symptomfreien Person, die auf Gesunderhaltung abzielt
- Krankheitsverhalten: alle Aktivitäten, die eine Person beim Auftreten von Symptomen unternimmt
- Krankenrollenverhalten: Verhaltensweisen die eine Person, die sich selbst für krank hält, annimmt um wieder gesund zu werden.

Gesundheit ist ein Gut mit besonderen Eigenschaften und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist ein Faktor des Produktionsprozesses von Gesundheit. Das Gut Gesundheit dient auch als Voraussetzung für die Produktion und den Genuss von anderen Gütern. Das Individuum fragt Gesundheit und nicht medizinische Leistungen per se nach. Der Gesundheitszustand wird nicht allein durch die vom Individuum steuerbaren Inputs sondern auch von einer Vielzahl unkontrollierbarer äußerer Faktoren beeinflusst. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf der ambulanten Inanspruchnahme, weil die Inanspruchnahme stationärer Leistungen nur in geringem Maße vom Individuum selbst

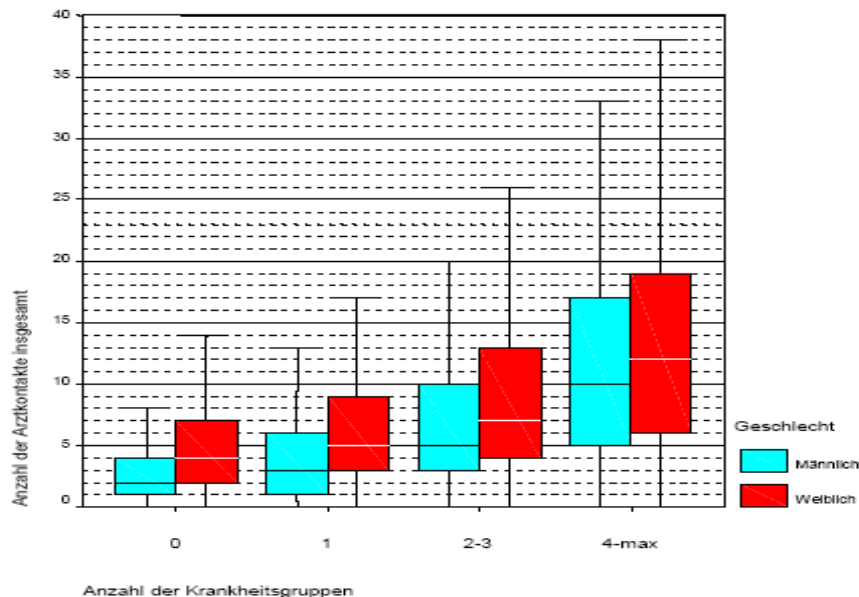
abhängt. Dabei besteht ein enger Zusammenhang mit der Steuerungsfunktion der hausärztlichen Versorgung.

4.2.1 Krankheitslast und Subjektiver Gesundheitszustand

Die allgemeine These zur Wirkungsrichtung des Gesundheitszustandes ist trivial:

Je schlechter der Gesundheitszustand, desto häufiger werden Ärztinnen konsultiert und desto mehr Arztgruppen werden in Anspruch genommen. Gesundheit als mehrdimensionales Konzept wird von verschiedenen Parametern beeinflusst (z.B. subjektiver Gesundheitszustand, Morbidität, akute Ereignisse, psychische Beeinträchtigungen, Behinderungen,.....).

Abbildung 6: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach Krankheitsgruppen der letzten 12 Monate und Geschlecht Quelle: Kurth B. et al, 2004, S.47



Bezüglich der Zahl der Krankheiten zeigt sich - wie erwartet - dass mit höherer Morbidität die Zahl der Arztkontakte steigt. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen. Der subjektive Gesundheitszustand hat einen eigenständige, von der Morbidität unabhängigen Einfluss auf die Anzahl der kontaktierten Fachgruppen.

4.2.2 Lebenszufriedenheit

Es wird vermutet, dass sich eine generelle Unzufriedenheit mit dem Leben in einer höheren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (und als Konsequenz auch in

erhöhtem Heilmittelkonsum) niederschlägt. Die Studie zeigt für diesen Indikator keine Signifikanz.

4.2.3 Demographie (Alter und Geschlecht)

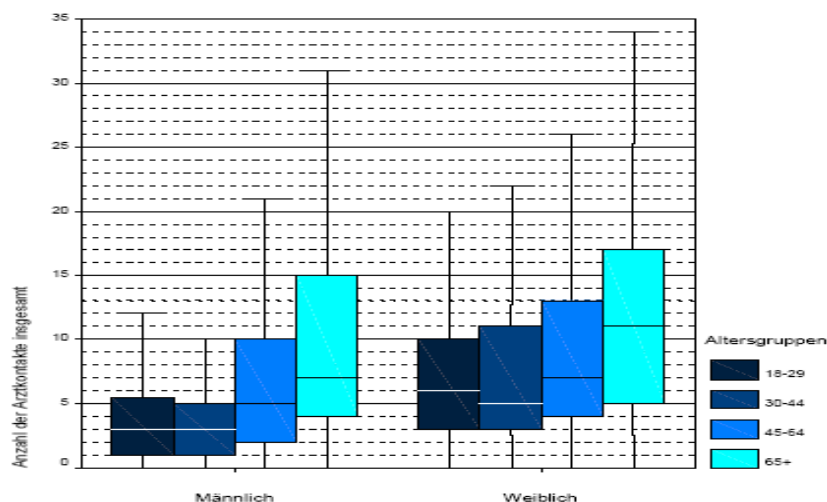
Es wird davon ausgegangen, dass das Alter die Inanspruchnahme auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene beeinflusst. Die geringere Inanspruchnahme von Fachärztinnen der älteren Altersgruppen wird auf eine geringere formale Bildung zurückgeführt und ist damit eher als Bildungseffekt einzuordnen.

Die Kontaktzahlen von Männern und Frauen steigen ab dem mittleren Alter stark an. Die Inanspruchnahme der Frauen ist in allen Altersgruppen heterogener als die der Männer. Relevanz erhält das Alter als Einflussgröße durch die steigende Lebenserwartung.

Ob und welche Ausweitung durch den demografischen Wandel eintreten wird hängt davon ab, ob gleichzeitig mit der Verlängerung der durchschnittlichen Lebenszeit auch eine Kompression der Morbidität eintreten wird. Untersuchungen zeigen, dass die Nähe zum Tod einen größeren Einfluss auf die Inanspruchnahme hat als das Alter selbst [Schneider, 2003].

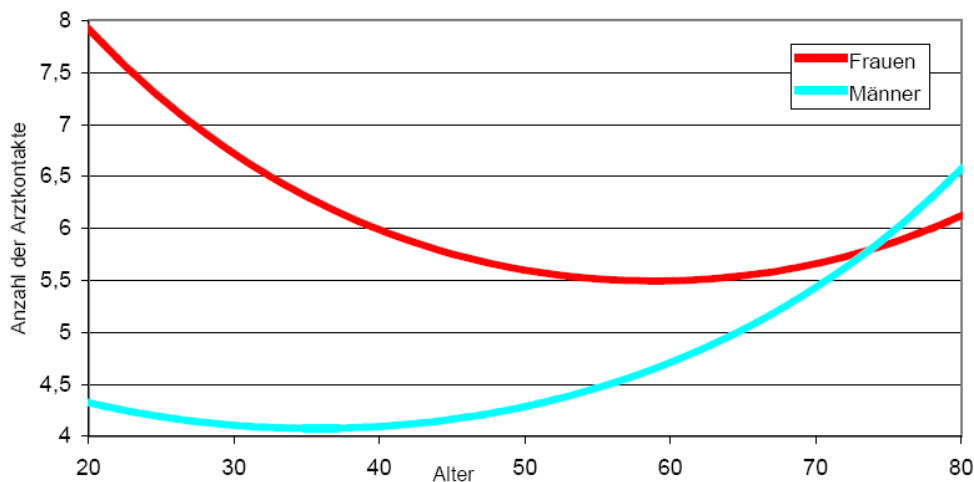
Frauen nehmen aus unterschiedlichen Gründen im Vergleich zu Männern mehr medizinische Leistungen in Anspruch (z.B. gynäkologische Anlässe, andere Wahrnehmung und Bewertung von Gesundheit und Gesundheitsstörungen, Morbiditätsunterschiede).

Abbildung 7: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach Alter und Geschlecht
Quelle: Kurth B. et al, 2004, S.45



Die durchschnittliche Kontaktzahl liegt bei den Frauen bei 10 Kontakten und bei Männern bei 6,5 Kontakten. Die Kontaktzahl der Frauen liegt in jüngern Jahren deutlich über der Kontaktzahl der Männer, erhöht sich aber bis zum Alter von 80 Jahren deutlich weniger stark als die der Männer, so dass sich die Zahl der Kontakte von Männern und Frauen im höheren Alter annähern. Ab etwa 75 Jahren haben Männer sogar mehr Kontakte.

Abbildung 8: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach Alter und Geschlecht, adjustiert auf eine Person mit durchschnittlichem Gesundheitszustand im Alter von 30 Jahren
Quelle: Kurth B. et al, 2004, S.52



4.2.4 Erwerbstätigkeit

Vermutet werden kann, dass erwerbstätige Personen seltener eine Ärztin aufsuchen, weil sie ein geringeres Zeitbudget und eine schlechtere Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtung haben. Der Einfluss der Nicht-Erwerbstätigkeit auf die Kontaktzahl insgesamt äußert sich in einer Differenz von etwa 0,6 bis 0,9 Mehrkontakten im Vergleich zu den Erwerbstätigen.

4.2.5 Regionale Besonderheiten

Im Hinblick auf die unterschiedlich ausgebaute Verkehrsinfrastruktur kann das Merkmal Stadt/Land unabhängig von der Dichte der Ärztinnen zunächst als Indikator für Mobilität interpretiert werden. Zudem beschreibt es die Lebensbedingungen und besondere Umweltbelastungen.

Personen in verdichteten Kreisen konsultieren häufiger eine Ärztin (0,4 bis 0,7 Kontakte mehr) als Personen in ländlichen Gebieten. Dies lässt sich als Hinweis darauf interpretieren, dass die schwächer ausgebaute Verkehrsinfrastruktur in ländlichen Kreisen die Kontaktzahl reduziert.

4.2.6 Sozialstruktur und soziale Schichtzugehörigkeit

Zu prüfen ist, ob die Sozialstruktur sich über den Gesundheitszustand hinaus auf die Inanspruchnahme auswirkt, etwa in Form von schichtspezifischen Inanspruchnahmемustern. In Bezug auf mögliche Steuerungseinflüsse scheint die Sozialstruktur schwer beeinflussbar, allerdings können Maßnahmen ergriffen werden, die mögliche Zusammenhänge zwischen Sozialstruktur und Inanspruchnahme auflösen. Wichtig ist deshalb zu verstehen, wie sich die Sozialstruktur auf die Inanspruchnahme auswirkt und wo die Verbindungspunkte liegen.

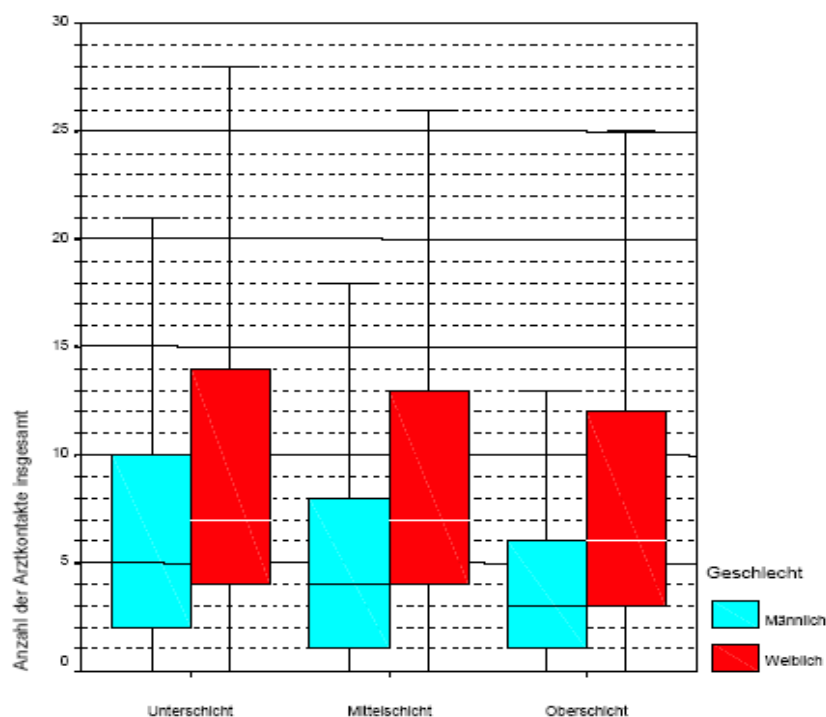
Als Indikator für den sozialen Status kann ein „Schichtindex“ verwendet werden, der sich aus den Parametern Einkommen, Bildung und beruflicher Stellung zusammensetzt. Die Schichtzugehörigkeit kann einerseits durch Morbiditätsunterschiede zwischen den Schichten die Inanspruchnahme beeinflussen (in zahlreichen Studien belegt), andererseits durch einen zusätzlichen Einfluss der Schicht auf die Inanspruchnahme.

Bezüglich der Schichtzugehörigkeit zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein Schichtgradient mit einer höheren Inanspruchnahme in der Unterschicht und einer geringeren Inanspruchnahme in der Oberschicht. Die Differenz beträgt bei den Männern zwei Kontakte und bei den Frauen einen Kontakt (ist daher bei den Frauen etwas schwächer ausgeprägt).

Als Erklärung könnte die vielfach festgestellte höhere Morbidität in den unteren Schichten aber auch schichtbezogenes Krankheitsverhalten in Frage. Die Schichtzugehörigkeit ist dabei nicht signifikant, der beschriebene Gradient kann wahrscheinlich auf die höhere Krankheitslast der Unterschicht zurückgeführt werden. Eine schichtspezifisch unterschiedliche Kontakthäufigkeit zu niedergelassenen Ärztinnen insgesamt gibt es nicht.

In der Theorie wird davon ausgegangen, dass Personen mit höherem Einkommen mehr medizinische Leistungen nachfragen, da sie stärker in ihre Gesundheit investieren. Gleiches gilt für Personen mit höherem Bildungsstand [Cassel und Wilke, 2000], diese These konnte in der genannten Untersuchung nicht bestätigt werden.

Abbildung 9: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach sozialer Schicht und Geschlecht
 Quelle: Graphik entnommen aus Kurth B. et al, 2004, S.46



Auch das Zusammenleben mit einer festen Partnerin gehört zu den wichtigen sozialen Ressourcen für positive Bewältigungsstrategien. Partnerinnen beeinflussen die Inanspruchnahme direkt in Form von Ratschlägen, sie nehmen auch Einfluss auf Bewältigungsstrategien außerhalb der professionellen Versorgung. Personen, die mit einer Partnerin zusammenleben sind weniger schnell auf fremde Hilfe angewiesen. Tragfähige soziale Beziehungen (Personen, auf die man sich in Notfällen verlassen kann) sind ebenfalls eine wesentliche Ressource für positive Bewältigungsstrategien.

Partnerschaft und Anzahl der Helfer im Notfall haben aber in dieser Untersuchung keine Signifikanz ergeben.

4.2.7 Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten

Einerseits reduziert gesundheitsbewusstes Verhalten durch seine positive Wirkung auf den Gesundheitszustand den Bedarf und damit die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Andererseits kann angenommen werden, dass sich Personen mit gesundheitsbewussterem Verhalten durch eine stärkere Risikoaversion auszeichnen, sich

stärker mit gesundheitlichen Fragestellungen beschäftigen und deshalb eine höhere Inanspruchnahme aufweisen.

Sportliche Betätigung wirkt sich unterschiedlich auf die Gesundheit aus. Einerseits hat sie einen positiven Effekt auf die Gesundheit (der sich indirekt verringern auf die Inanspruchnahme auswirkt) andererseits kommt es durch Sportverletzungen zu einer höheren Inanspruchnahme.

Rauchen kann sich einerseits durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, andererseits durch eine größere Bereitschaft gesundheitliche Risiken einzugehen auf die Inanspruchnahme auswirken.

Übergewicht kann sowohl als Indikator für weniger gesundheitsbewusstes Verhalten als auch als behandlungsbedürftige Krankheit gesehen werden.

Überraschendes Ergebnis: Gesundheitsbewusste (Nichtraucher bzw. sportlich Aktive) nehmen ebenso wie Oberschichtangehörige mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Internisten in Anspruch und kontaktieren mehr verschiedene Fachgruppen.

4.2.8 Hausarzt als „Gatekeeper“

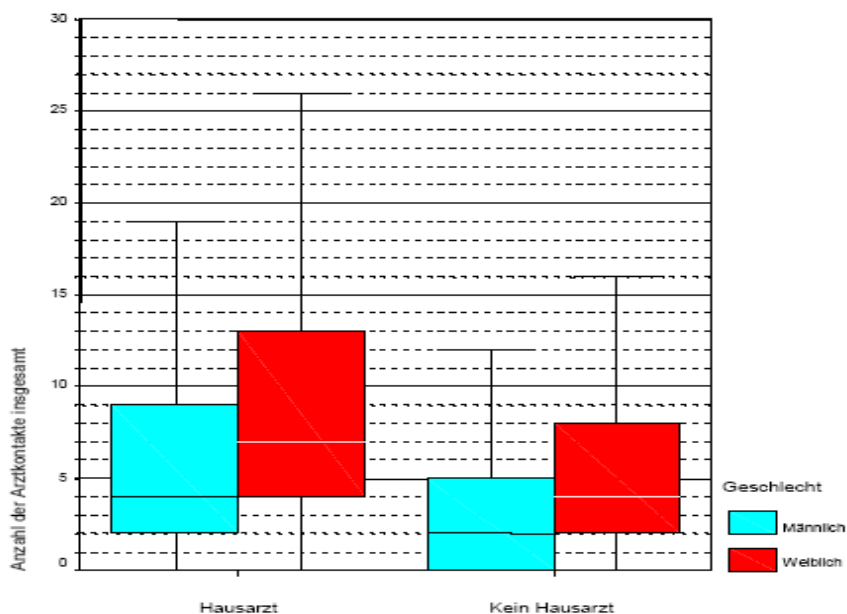
Es wird erwartet, dass Personen, die eine Hausärztin aufsuchen weniger Kontakte und ein weniger komplexes Inanspruchnahmeverhalten zeigen. Wegen der Steuerungsfunktion der Hausärztinnen wird angenommen, dass Personen mit Hausärztin nach Kontrolle der Morbidität und weiterer Einflussfaktoren eine geringere Inanspruchnahme ausweisen als Personen ohne Hausärztin.

Überraschenderweise konsultieren Frauen und Männer ohne Hausärztin seltener eine Ärztin als Personen, die bei gesundheitlichen Problemen in der Regel zuerst die Hausärztin aufsuchen.

Unabhängig davon ob in der Regel zuerst eine Hausärztin konsultiert wird oder nicht zeigt sich bei Frauen eine höhere Inanspruchnahme.

Zudem ist ein niedriger Anteil an Allgemeinmedizinerinnen (gleichbedeutend mit einem höheren Anteil an Fachärztinnen) mit einer höheren Arbeitsteilung verbunden, sodass Patientinnen möglicherweise öfter überwiesen werden [Andersen/Schwarze, 1997, S.63].

Abbildung 10: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach Hausärztin und Geschlecht
 Quelle: Graphik entnommen aus Kurth B. et al, 2004, S.47



Unerwartetes Ergebnis: Die erhoffte „Steuerungsfunktion“ der Hausärztin ist nicht nachweisbar sondern die „Hausärztin als Gatekeeperin“ wirkt möglicherweise eher Kosten treibend.

4.2.9 Ärztinnendichten

Die These der angebotsinduzierte Nachfrage unterstellt, dass bei höherer Arztdichte die Inanspruchnahmerate ebenfalls erhöht ist.

Die Faktoren Arztdichte und Angebotsstruktur (Anteil der Allgemeinmedizinerinnen) haben aber keinen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit des Arztbesuches, angebotsinduzierende Faktoren scheinen daher die Höhe und Komplexität der Inanspruchnahme von Ärztinnen nicht zu beeinflussen.

5 Finanzierung

Mit Gesundheit ist es wie mit Geld. Man spricht nicht darüber, solange man es hat, erst wenn es droht verloren zu gehen, setzt man sich damit auseinander. Immer öfter hören wir von explodierenden Defiziten im Gesundheitssystem in Österreich und in anderen Ländern. Rund 82 % der Menschen in Österreich fürchten einen Zusammenbruch des Gesundheitssystems.

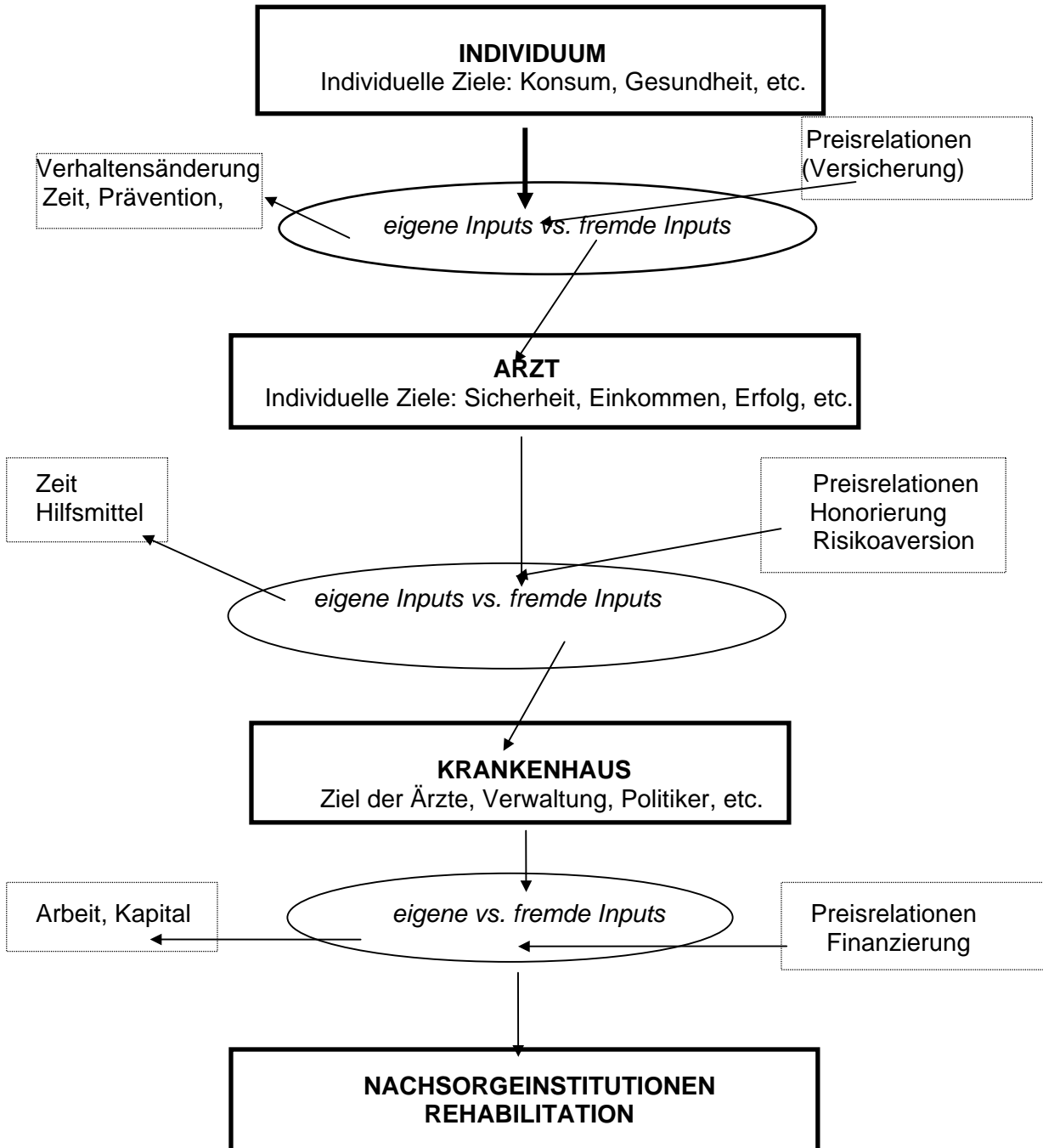
In Österreich wurden 2003 je nach Berechnungsmethode zwischen 17 und 20 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben – das sind etwa 8 bis 9 Prozent der gesamten Wirtschaftsleistung oder bis zu einem Drittel des Bundesbudgets, Tendenz steigend (Aufgrund der komplizierten Finanzierungsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens schwanken die Berechnungen zwischen 16,8 Mrd. Euro der Statistik Austria und 19,6 Mrd. Euro des IHS für 2003). Damit ist Gesundheit ein enormer Wirtschaftsfaktor, soviel Geld weckt Begehrlichkeiten [Rümmele, 2005, S.13].

Alle Gesundheitssysteme stehen vor dem Problem, vier Fragenkomplexe bestmöglich zu lösen, nicht nur angesichts einer „Krise“, sondern grundsätzlich und ständig [Wallner, 2004, S.20]:

- **Das Daten- und Controllingproblem:**
Wie wird mit Wissen umgegangen, wie wird evaluiert/bewertet? (Wirtschaftlichkeitsmessungen, Gesundheitsmessungen, die Frage nach der Lebensqualität, Bewertung des medizinisch-technischen Fortschritts, Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitssystem, Qualitätsmanagement)
- **Das Finanzierungsproblem:**
Wie sieht eine „gerechte“ Mittelaufbringung und Leistungsvergütung aus?
- **Das Strukturproblem:**
Wie sind die Organisationen des Gesundheitssystems für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Versorgung zu gestalten? (Schnittstellenmanagement, integrierte Care-Konzepte z.B. Palliativmedizin)
- **Das Leistungsproblem:**
Was soll sich ein öffentliches, soziales Gesundheitssystem von dem leisten, was theoretisch technisch möglich ist bzw. wo und wie sind Prioritäten zu setzen? (Umgang mit Knappheits- und Allokationsproblem, Rationierung von Gesundheitsleistungen, Prioritätensetzungen)

Das Gesundheitswesen ist ein arbeitsteiliges und interdependentes System, das zahlreichen Einflussfaktoren unterliegt [Pruckner et al., 2002]:

Abbildung 11: Einflussfaktoren im Gesundheitswesen Quelle: Ärztedichte im urbanen Umfeld, Pruckner et al., S.11



In allen OECD Ländern steht die Gesundheitspolitik aufgrund des steigenden Finanzierungsbedarfes unter Druck. Beispiele aus der Entwicklung anderer Länder zeigen, dass es in Gesundheitssystemen, die unter relativer Mittelknappheit leiden, in der Folge zu einer zunehmenden Aushöhlung des Rechtes auf Gesundheitsversorgung kommt.

Bestehende soziale Unterschiede, die durch Unterschiede im Einkommen, der Bildung oder des Zugangs zu Informationen entstehen, finden in dieser Situation ihre Verstärkung in weiter zunehmender Ungleichheit im Zugang zu medizinischer Versorgung. Es sind also gerade jene Menschen negativ betroffen, die heute besonders von einer allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung (also unabhängig von der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit) profitieren [Köck/Patera, 2002, S.4].

Auslösende Faktoren des zunehmenden Ressourcenbedarfes sind:

- Technologischen Entwicklung
- Zunehmende Medikalisierung vieler Lebensbereiche
- Veränderung des epidemiologischen Spektrums (Zunahme der chronisch-degenerativen Erkrankungen)
- (Mit) Bestimmung der Nachfragehöhe durch die Anbieter

Dazu kommt in Österreich noch die Zersplitterung der Verantwortlichkeiten im „sektoralen System“ (ambulant und stationär), es gibt keine Stelle mit Gesamtverantwortung für die Verteilung der Mittel im Gesundheitssystem, keine einheitliche Planung, Leistungserbringung und Qualitätssicherung, keine Transparenz von Ergebnissen und Leistungen für die Patientinnen.

5.1 Gestaltung der Mittelaufbringung:

Im Wesentlichen gibt es drei Optionen, die idealtypisch dargestellt werden sollen:

1. die marktwirtschaftliche Option (Beispiel USA)
2. die staatliche (steuerliche) Option (Beispiel England)
3. die Sozialversicherungs Option (Beispiel Österreich)

In keinem Land existiert eine Reinform der drei Optionen, es handelt sich immer um Mischformen mit unterschiedlicher Ausprägung der Optionen. Vor- und Nachteile sind teils systemimmanent, teils systemunabhängig.

5.1.1 Die vorwiegend marktwirtschaftliche Option

Im US-Gesundheitssystem findet sich ein Vielzahl marktwirtschaftlicher Elemente, die USA haben das teuerste System der Welt, bei weitem aber nicht das beste. Mit 13,9 Prozent haben die USA den höchsten Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (in Österreich je nach Berechnungsart zwischen 8 und 10 Prozent). Pro Kopf wird in den USA sogar doppelt soviel für Gesundheit ausgegeben wie in Österreich, allerdings ein wesentlich geringerer Anteil aus öffentlichen Mitteln.

Im Zentrum der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung stehen die beiden staatlichen steuerfinanzierten Programme:

Medicare:

Staatliche Versicherung für alle über 65 und Menschen mit Behinderung. Finanziert und verwaltet wird sie hauptsächlich vom Bund. Medicare ist gratis, wenn man mindestens zehn Jahre einen Teil seines Gehalts eingezahlt hat, wer das nicht hat, kann den Schutz für Spitäler um 316 Dollar, den für ambulante Behandlungen um 54 Dollar pro Monat kaufen.

Medicaid:

Programm für sozial Schwache, anspruchsberechtigt ist nur, wer Sozialhilfe bezieht. Unterschiedliche Regelungen in den einzelnen Bundesstaaten.

Die Prämien der Privaten Krankenversicherung (PKV) werden in der Regel durch die Arbeitgeberin bezahlt, bei Verlust des Arbeitsplatzes fällt auch die Krankenversicherung weg. Auch wenn das US-System einige sozialstaatliche Aspekte besitzt, kann es bei weitem nicht die Versorgungssicherheit für die Gesamtbevölkerung sicherstellen (14% bzw. 43,6 Millionen Menschen haben keinen Krankenversicherungsschutz, davon ein Großteil jüngere „working poor“). Gerade dieses Kriterium zählt aber zu den Grundlagen einer wohlgeordneten Gesellschaft [Wallner, 2004, S.199].

5.1.2 Die vorwiegend steuerliche Aufbringung der Mittel

Das National Health Service (NHS) wurde 1948 gegründet und kommt allen Bürgerinnen, die in England ihren Wohnsitz haben, zugute, unabhängig von Staatsangehörigkeit und

Einkommen. Finanziert wird das NHS zu 85-90 Prozent durch den Staatshaushalt, der Rest durch Zuzahlungen der Patientinnen (ca. 2 Prozent) und durch die National Insurance (10-15 Prozent), in die Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmerinnen Beiträge einzahlen (der steuerliche Anteil der Mittelaufbringung dominiert somit klar) [Wallner, 2004, S.199]. Der zentrale Kritikpunkt am NHS betrifft sein Unvermögen, bestehende Unterversorgungen zu beheben. Dies liegt nur zum Teil an den Finanzierungsmodalitäten (Budgetierungen), wesentlich aber auch an anderen Faktoren, wie einer vernachlässigten Ausbildungspolitik am Gesundheitssektor.

Ein steuerorientiertes Finanzierungssystem bietet Vor- und Nachteile. Von Vorteil ist die zentrale Steuerbarkeit, nachteilig ist die Schwerfälligkeit und die Abhängigkeit vom Verteilungskampf um die Budgetmittel. Negativ ist auch die mangelnde Verständlichkeit des Zusammenhangs von allgemeinen Steuerpflichten und Gesundheitsdienstleistungen.

Die Steuerfinanzierung kann im Vergleich zur marktwirtschaftlichen, aber auch zur sozialversicherungsmäßigen Option in Hinblick auf die Bemessungsgrundlage als fairer angesehen werden. Weil die gesamte Vermögenslage berücksichtigt wird (auch Gewinne aus Vermietung, Verpachtung, Kapital) wird der sich wandelnden Arbeitswelt besser entsprochen.

5.1.3 Die vorwiegend sozialversicherungsmäßige Aufbringung der Mittel

Idealtypisch werden die Finanzmittel für das Gesundheitssystem von solidarisch finanzierten Krankenkassen eingehoben. Es findet kein generationenübergreifender Rücklagen-Aufbau statt, die Beitragsgestaltung unterliegt dem Umlageverfahren (die Einnahmen einer Periode müssen genau den Ausgaben entsprechen). Dieses System funktioniert nur, wenn der Generationenvertrag nicht in ein Ungleichgewicht fällt. Im Umlagesystem müsste der Beitragssatz steigen, wenn der Anteil der Erwerbsbevölkerung sinkt.

Das Sozialversicherungssystem erfordert ein hohes Maß an Verhandlungen unterschiedlicher Akteurinnen und damit hohe Transaktionskosten. Wegen des Fehlens eines progressiven Beitragssatzes verliert dieses System gegenüber der Steueroption an Fairness. Transparenz und Verständlichkeit bei der Krankenversicherung sind aber deutlich höher.

5.2 Bismarck versus Beveridge: Markt oder Staat?

Die soziale Gesundheitsversorgung in Europa hat zwei ursprüngliche Grundformen:

Konzept des staatlichen Gesundheitsdienstes nach Lord Beveridge:

In Großbritannien und den skandinavischen Staaten, steuerfinanziert.

Das Bismarcksche Sozialversicherungsmodell:

Versicherungspflicht für alle, vor allem in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden.

Im Jahr 1881 erklärte der deutsche Kaiser die soziale Wohlfahrt für die Armen als einen wesentlichen Faktor für das Überleben der Nation. Im selben Jahr schlug Reichskanzler Bismarck die Einrichtung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht vor, sechs Jahre später wurde in Österreich mit der Unfall- und Krankenversicherung für Arbeiterinnen ein ähnliches System eingeführt. 1890 galt diese Versicherung für 7 Prozent der Bevölkerung, 1930 waren es bereits 60 Prozent, heute ist die Versorgung nahezu 100 Prozent.

5.2.1 Ländervergleich

Die Ausgestaltung beider Systeme, ihre Effizienz, die Zufriedenheit mit Ihnen und die Kostenentwicklungen können durchaus Hinweise darauf geben, welche Konzepte und Steuerungsinstrumente zukunftstauglich sind [Huber/Langbein, 2004, S.179ff].

Im Folgenden werden diese Systeme an Hand einiger konkreter Beispiele kurz vorgestellt und die Unterschiede zu Österreich herausgearbeitet.

5.2.1.1 Österreich

Österreich hat es lange geschafft sich durch statistische Maßnahmen mit einem Kostenanteil von rund acht Prozent des BIP in den Vergleichstatistiken unauffällig ins europäische Mittelfeld einzureihen. Wenn aber die Subventionen von Ländern und Gemeinden für die Krankenhäuser korrekt eingerechnet werden erkennt man, dass auch

in Österreich 10,8 Prozent aller erwirtschafteten Güter ins Medizinsystem fließen, also fast der gleiche Prozentsatz wie in Deutschland.

Wie in Deutschland und Frankreich hat Österreich ein Bismarck-System mit selbst verwalteten Sozialversicherungen. Der aus der eigenen Tasche finanzierte Teil der Gesundheitsausgaben ist mit über 30 Prozent sehr hoch.

Alle Bürgerinnen Österreichs sind pflichtversichert, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind mit 7,4 Prozent des Einkommens für alle vergleichsweise gering, die Finanzierung erfolgt paritätisch durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeberinnen. Es gibt eine gesetzliche Pflichtversicherung, alle Arbeitnehmerinnen und auch die selbständig Berufstätigen werden der jeweiligen berufsständigen Pflichtversicherung zugeordnet, ein Wettbewerb unter den Kassen – und damit auch Ausgaben für Marketing – ist damit im Bereich der Pflichtversicherung ausgeschlossen. Ein beträchtlicher Teil der Krankenhauskosten werden aber von Bund, Ländern und Gemeinden aus Steuermitteln bezahlt – eine Doppelgleisigkeit die in diesem teuersten Sektor eine Planung fast unmöglich macht.

Bei der Anzahl der Krankenhausbetten schafft es unter allen 15 alten EU-Staaten nur Österreich mit dem etwa 100 Prozent über den günstigsten Ländern liegenden Niveau Deutschlands mitzuhalten. Die Zulassung der Ärztinnen ist nach Bedarf limitiert, dennoch ist die Dichte der Ärztinnen international gesehen relativ hoch. Relativ hohe Zuzahlungen (je nach Berechnung zwischen 20 und 30 Prozent) sind mit der Gesundheitsreform ab 1.1.2005 noch weiter erhöht worden. Qualitätssicherung wird weder im ambulanten noch im stationären Bereich systematisch betrieben.

5.2.1.2 Deutschland

Das deutsche System ist im Mittelfeld, was Lebenserwartung und Zufriedenheit angeht aber mit 10,9 Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP) Europaspitze was die Kosten betrifft. 90 Prozent der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rest (vor allem Besserverdiener, Freiberufler und Beamte) ist privat versichert. Die Beiträge sind mit rund 14 Prozent relativ hoch, decken jedoch (anders als in Österreich) auch einen Großteil der Krankenhauskosten ab – der Staat zahlt dort lediglich die Investitionen dazu (und keine Abgangsdeckung). Eine große OECD-Vergleichsstudie kommt zur Einschätzung, dass den überdurchschnittlichen Kosten im deutschen Medizinsystem nur durchschnittliche Ergebnisse gegenüberstehen [Böcken et al., 2000].

Knapp mehr als 300 Kassen stehen im Wettbewerb zueinander, was durch den Werbeaufwand höhere Verwaltungskosten als in Österreich verursacht. Im Leistungsspektrum dürfen sie sich nur unwesentlich unterscheiden, die unterschiedlichen Risiken der Versicherten sollen durch den Risikostrukturausgleich nivelliert werden. Die Zuzahlungen sind mit durchschnittlich zehn Prozent (auch nach den drastischen Maßnahmen seit Anfang 2004, z.B. einer Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal für Besuche bei niedergelassenen Ärztinnen) vergleichsweise immer noch recht niedrig.

Deutschland erreicht bei der Dichte der Ärztinnen und der Klinikbetten Platz eins in Europa. Auf Grund der Niederlassungsfreiheit und einer fehlenden Stellenplanpolitik bis vor wenigen Jahren gibt es im Vergleich zu Österreich eine hohe Dichte mit Fachärztinnen. Diese sind bei ihrer Niederlassung auch mit höheren Investitionskosten konfrontiert, weil viele radiologische Leistungen von den jeweiligen Fachärztinnen angeboten werden. Die Hälfte der ambulanten Besuche bei Ärztinnen führen zu Fachärztinnen, es gibt also keine „Gatekeeper“-Funktion für höherwertige medizinische Dienstleistungen.

Die Honorare werden von der Monopolorganisation der Kassenärztlichen Vereinigung an die einzelnen Ärztinnen nach einem komplizierten System verteilt, die teilweise Deckelung der Töpfe und damit die Unsicherheit, welchen Wert eine bestimmte Leistung erreichen wird, führt zum „Hamsterradeffekt“, indem immer mehr Leistungen erbracht werden, die immer schlechter vergütet werden. Kostendämpfungsversuche durch Deckelungen haben bislang kaum nachhaltige Ergebnisse gezeigt, wohl auch deshalb, weil Missachtungen nicht sanktioniert wurden.

Qualitätssicherung wird weder im stationären noch im ambulanten Bereich systematisch betrieben, es gibt aber durchaus ambitionierte Projekte die weitaus weiter gediehen sind als in Österreich.

Zur Zeit gibt es einen Richtungsstreit über die künftige Struktur des Versicherungssystems. Diskutiert werden eine Kopfpauschale (ein Fixbetrag von jeder Bürgerin wie in der Schweiz mit Ausgleich bei sozialen Härtefällen), und eine Bürgerversicherung (unter Einbeziehung von Miet- und Kapitaleinkünften, was einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage entspricht).

5.2.1.3 Schweiz

In der Schweiz werden fast 11 Prozent des BIP für das Medizinsystem ausgegeben, es ist damit nach den USA das zweitteuerste Gesundheitssystem der Welt. Dichte der Ärztinnen, Klinikdichte und technischer Aufwand können mit Deutschland mithalten, was zu ähnlich hohen Kosten führt.

Es besteht eine Versicherungspflicht für alle in der Schweiz lebenden Personen für eine Grundversicherung (Arztkosten, Spitalskosten, Arzneimittel), sie können dabei zwischen rund 100 Versicherungen auswählen. Seit 1994 gibt es in der Schweiz die aktuell auch in Deutschland diskutierten Kopfprämien. Jeder Versicherte zahlt einen fixen Betrag unabhängig von Einkommen und Familienstand. Prämienverbilligungen werden nach sozialen Kriterien an rund 25 Prozent der Bevölkerung vergeben und staatlich subventioniert.

Die Zuzahlungen sind hoch – sie betragen 20 Prozent, beim ersten Arztbesuch im Jahr noch mehr. Dazu gibt es Bonussysteme ähnlich der Autoversicherung – je länger keine Leistungen in Anspruch genommen werden desto höher ist der Rabatt. Obwohl so bis zu 40 Prozent der Versicherungsbeiträge gespart werden könnten, sind die Ausgaben im Schweizer Medizinsystem gleich rasch gestiegen wie in Deutschland und Österreich.

Niedergelassenen Ärztinnen können frei gewählt werden – eine Ausnahme bilden nur die Health Maintenance Organisations (HMO`s), in denen rund zehn Prozent der Versicherten organisiert sind. Qualitätssicherung wird weder im ambulanten noch im stationären Bereich systematisch betrieben.

5.2.1.4 Frankreich

Das französische Gesundheitssystem wurde im Jahr 2000 von der WHO in einem (allerdings umstrittenen) Ranking als das beste der Welt eingestuft. Mit fast 10 Prozent des BIP ist es aber auch eines der teuersten, der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben liegt bei 75 Prozent. Die Franzosen sind Weltmeister im Konsum von Medikamenten.

Die Bürgerinnen haben einen umfassenden Schutz bei allen ernsthaften und kostenaufwändigen Krankheiten. Die Sozialversicherungen werden wie in Österreich und

Deutschland von Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmerinnen verwaltet und über eine Sozialversicherungsbeitrag finanziert. Seit 1996 gibt es eine Patientinnenpass, der alle wichtigen medizinischen Daten enthält. Behandlungen im Bagatellbereich müssen die Französinen selbst zahlen, die meisten schließen dafür eine private Zusatzversicherung ab. Es besteht Kostenerstattungsprinzip, die Versicherten bezahlen selbst für eine Leistung und reichen die Honorarnote bei der Sozialversicherung ein.

5.2.1.5 Dänemark

Die Dänen sind nach einer Vergleichsstudie der Bertelsmann-Stiftung mit 90 Prozent Zustimmung die zufriedensten Kunden eines Gesundheitswesens in Europa [Böcken et al., 2000]. Die Ergebnisse des Systems – soweit die sich in Zahlen wie der Lebenserwartung ausdrücken lassen – sind im guten Schnitt, bei den Kosten ist ein kleines Wunder gelungen: Gingen 1983 noch 9,2 Prozent des BIP ins Medizinsystem, so waren es 1997 nur noch 8,0 Prozent. Die Kostenbegrenzung ist vor allem deshalb gelungen, weil die Krankenhaus-Kapazitäten stark abgebaut wurden. 15 Prozent der Kosten werden durch Selbstbeteiligungen aufgebracht.

Dänemark hat ein überwiegend über Steuern finanziertes öffentliches Gesundheitswesen. Gestaltung, Steuerung und Finanzierung des Systems werden dezentral von den Regionen organisiert. Allgemeinmedizinerinnen haben eine echte „Gatekeeper“-Funktion und einen Versorgungsauftrag als Navigatorin im Gesundheitssystem. Sie schließen mit den Regionen Verträge ab und werden mit Kopfpauschalen für die betreuten Versicherten plus einer Vergütung für Einzelleistungen bezahlt. Erst wenn in einer Region mehr als 1325 Personen auf eine Ärztin kommen, wird eine weitere zugelassen. Etwa die Hälfte der Ärztinnen sind in Gruppenpraxen organisiert.

Freie Wahl der Ärztin hat nur, wer eine Zusatzprämie zahlt, nur zwei Prozent der Bevölkerung macht von dieser Variante Gebrauch. Bei Unzufriedenheit kann jeweils zum Halbjahr die Hausärztin gewechselt werden.

Qualitätsmanagement spielt auf allen Ebenen eine wachsende Rolle, weil die Regionen zur ständigen Evaluierung ihres Health Care Plans verpflichtet sind. Qualitätsindikatoren auf der Ebene der Behandlungsergebnisse und der Zufriedenheit der Patientinnen sorgen für Vergleichbarkeit von Kliniken und anderen Einrichtungen und einem Wettbewerb in die richtige Richtung.

5.2.1.6 Schweden

Mit einer Gesundheitsquote von 8,4 Prozent des BIP liegt Schweden leicht über dem europäischen Durchschnitt, der öffentliche Anteil beträgt etwa 80 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.

Das skandinavische Land gilt als Musterbeispiel eines modernen Wohlfahrtsstaates. Generell ist das Gesundheitssystem in Form eines dezentralisierten staatlichen Gesundheitsdienstes organisiert. Daneben gibt es auch noch ein Sozialversicherungssystem, das allerdings nur kleine Teile der Versorgung abdeckt. Gesteuert werden die Leistungen vom Staat, den Provinzen und Gemeinden. Dabei gibt der Staat die Richtung vor, die Provinzen setzen sie um und betreiben Gesundheitszentren und Spitäler. Die Gemeinden sind primär für die Altenbetreuung zuständig. Eine wichtige Rolle bei der Versorgung kommt den Gesundheitszentren zu, sie decken den Großteil der ambulanten Versorgung ab und beschäftigen Ärztinnen und Krankenschwestern. Fachärztinnen sind überwiegend in den Ambulanzen der Spitäler beschäftigt.

5.2.1.7 Finnland

Auch das finnische Gesundheitswesen ist überwiegend aus Steuermitteln finanziert und auch hier ist die Zufriedenheit mit fast 90 Prozent sehr hoch. Bei der Vermeidung der Kindersterblichkeit liegt Finnland auf Platz eins in Europa, bei der Lebenserwartung der Frauen liegt Finnland im Spitzenfeld, nur bei der Lebenserwartung der Männer liegt Finnland im unteren Drittel. Die Durchschnitts-Finnin gibt mit 1525 Dollar um fast ein Drittel weniger für den Medizinbetrieb aus als eine Deutsche, Schweizerin oder Österreicherin. Das finnische System zählt mit nur 7,4 Prozent BIP zu den billigsten in Europa, unterboten nur von Großbritannien.

Kernstück der Gesundheitsversorgung sind Gesundheitszentren für im Schnitt 22 000 Menschen in den Gemeinden, in denen die ambulante Versorgung und einfache stationäre Eingriffe durchgeführt werden. Beschäftigt sind dort Allgemein- Zahn- und Fachärztinnen, Krankenschwestern, Sozialarbeiterinnen, Psycho- und Physiotherapeutinnen ebenso wie Gesundheitserzieherinnen. Die Zentren sind sowohl für Krankenbehandlung als auch für Gesundheitsförderung zuständig. Die Fachärztinnen können nur auf Überweisung der Hausärztin konsultiert werden.

5.2.1.8 Niederlande

Ähnlich wie in Österreich und Deutschland haben die Niederlande ein historisch gewachsenes Sozialversicherungsmodell. Dennoch konnten die Ausgaben für das Medizinsystem mit 8,5 Prozent des BIP über Jahrzehnte auf gleichem Niveau gehalten werden.

Die Kliniken sind verpflichtet fixe Budgets einzuhalten, die auf Basis des Leistungsspektrums berechnet sind. Jede Bürgerin muss sich bei einer Hausärztin einschreiben. Diese wird ausschließlich über Kopfpauschalen finanziert und fungiert als Navigator durch das Gesundheitswesen. Sie bekommen für jede angemeldete Bürgerin einen fixen Betrag, gleichgültig ob und wie viele Leistungen erbracht werden. Für ältere Versicherte ist die Pauschale höher. Die Hälfte der Ärztinnen arbeitet in Gemeinschaftspraxen, 90 Prozent der Fälle werden von der Hausärztin behandelt, Fachärztinnen praktizieren nur in Kliniken.

Die Fortbildung der Ärztinnen ist verpflichtend und überwiegend von Interessen der Industrie unabhängig. Fachärztinnen müssen sich ähnlich wie Pilotinnen alle fünf Jahre rezertifizieren lassen. Umfangreiche Programme zur Evaluierung der Qualität verhindern Unterversorgung, die durch dieses Finanzierungssystem gefördert werden könnte. Evidenzbasierte Leitlinien und Qualitätssicherung spielen eine große Rolle. Eine Medizinerin, die nicht 40 Weiterbildungsstunden im Jahr nachweisen kann verliert nach fünf Jahren ihre Berufszulassung.

5.2.1.9 Großbritannien

Kein Gesundheitssystem gilt in den Medien maroder als das britische. England gibt für sein Gesundheitssystem weniger Geld aus als die anderen europäischen Länder, über 85 Prozent werden vom Staat über das Budget finanziert und gesteuert. Unter der Regierung Thatcher wurde das Nationale Gesundheitssystem bis nahe an den Kollaps zusammengespart und so kann man die Schattenseiten der größeren politischen Beeinflussbarkeit gemeinwirtschaftlicher steuerfinanzierter Systeme erkennen.

Die Ausstattung der medizinischen Einrichtungen und die Wartezeiten für operative Eingriffe sorgen für Unmut, allerdings trifft diese schlechte Versorgung alle

Bevölkerungsschichten gleichermaßen, weshalb ein Großteil der Bevölkerung hinter diesem System steht [Rümmele, 2005, S.67]. Zum Vergleich: der öffentlich finanzierte Anteil an der Gesundheitsversorgung liegt in England bei 85 Prozent, in Österreich bei 68,5 Prozent.

Die Gesundheitsbehörde, das National Health Service wurde 1948 gegründet und garantiert allen Einwohnern, unabhängig von Beitragszahlungen oder Staatsangehörigkeit medizinische Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Der NHS ist damit eine Megabehörde, welche die komplette Versorgung regelt und koordiniert. Hauptquelle der Finanzierung ist der Betrag aus dem Budget, der vom Parlament bestimmt wird und in den vergangenen Jahren immer bei 6,5 bis 7 Prozent des BIP lag (genau hier liegt auch das Problem).

Dennoch können sich die Ergebnisse des National Health Service (NHS) nach wie vor sehen lassen. Die Lebenserwartung ist durchschnittlich hoch; bei Qualitätssicherung, Präventionsprogrammen sowie beim Überwachen und Entdecken von Arzneimittelnebenwirkungen steht Großbritannien an der Spitze.

5.2.1.10 Fazit des Ländervergleiches

Die drei deutschsprachigen Länder weisen durchaus unterschiedliche Strukturen auf. Die Schweizer haben Kopfpauschalen, die Deutschen eine Versicherungspflicht, die Österreicher eine Pflichtversicherung. Die Schweiz und Österreich haben eine höhere Kostenbeteiligung der Patientinnen, die Kostenentwicklung ist aber in allen drei Ländern ähnlich hoch, ohne dass es im Vergleich zu anderen Ländern in Europa Hinweise auf bessere Qualität in der medizinischen Versorgung gibt. In allen drei Ländern werden die Leistungen der Ärztinnen zwar bezahlt aber kaum reguliert, und Qualitätssicherung wird weder im ambulanten noch im stationären Bereich systematisch betrieben.

Wesentlich geringere Kostensteigerungen haben in den vergangenen Jahrzehnten nur jene Länder verzeichnet, die nach wissenschaftlichen und politischen Kriterien Menge und Verteilung der medizinischen Leistungen gesteuert haben und Systeme zur Beurteilung und Verbesserung der Qualität der medizinischen Dienstleistungen sowohl der Krankenhäuser als auch der niedergelassenen Ärztinnen etabliert haben.

Die Vor- und Nachteile des steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitswesens kann man an den Beispielen Dänemark oder Großbritannien deutlich erkennen. Die steuerfinanzierten Systeme sind insgesamt kostengünstiger, weil Ressourcen überlegt und planvoll eingesetzt werden. Der Fall Großbritannien zeigt aber, dass die direkte Einflussnahme der Politik auch massive Nachteile haben kann. Andere Länder wie Dänemark, Finnland und die Niederlande zeigen in unterschiedlicher Abstufung wie im gleichen System Kosteneffizienz und Qualitätsverbesserung parallel möglich sind.

Steuerungsmechanismen auf der Einnahmenseite führen zwar zu unterschiedlicher sozialer Gerechtigkeit haben aber keinen erkennbaren Einfluss auf die Entwicklung der Systeme. In der Schweiz mit hohen Selbstbeteiligungen ist die medizinische Versorgung sehr teuer, in Dänemark mit ebenfalls hohen Zuzahlungen dagegen sehr günstig – genauso wie in den Niederlanden.

Es gibt also in beiden Systemen gute und schlechte Beispiele. Nicht die Art der Einnahmen – ob über Versicherungen oder über Steuern finanziert – bestimmt die Qualität der Versorgung, sondern die Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung.

In den letzten Jahren wandeln immer mehr Staaten ihre Sozialversicherungssysteme in staatlich finanzierte Systeme um. Italien und Spanien sind jüngste Beispiele dafür. Tatsächlich sind staatliche Systeme in ihrer Effizienz deshalb überlegen, weil alles aus einer Hand finanziert wird.

Ideal wäre ein System, in dem der Steueranteil zweckgebunden für die Gesundheitsversorgung eingehoben wird, wobei der Staat zu garantieren hätte, dass die Mittel mindestens einem bestimmten Prozentsatz des BIP entsprechen müssen (um Rationierungen zu vermeiden).

Ein ähnliches System wurde eben erst in Dänemark eingeführt und findet in der Bevölkerung breite Zustimmung.

5.2.2 Unterschiede zwischen den Versorgungsmodellen

Die staatlichen Gesundheitsdienste sind öffentlich organisierte Versorgungsmodelle (National Health Systems – NHS), die Sozialversicherungsmodelle sind Vertragsmodelle (Social Health Insurance – SHI). Während bei beiden Formen die Versorgung öffentlich finanziert wird (in NHS-Ländern durch Steuern und in SHI-Ländern durch Beiträge)

werden die Leistungen in den SHI-Ländern im Gegensatz zu den NHS-Ländern im Wesentlichen von privatrechtlich organisierten Anbieterinnen erbracht. Diese stehen zumeist in einer Vertragsbeziehung mit den Krankenversicherungen.

Einwohnerinnen in Sozialversicherungsländern der EU-15 schätzen ihr gesundheitliches Wohlbefinden im Durchschnitt deutlich besser ein als jene, die in steuerfinanzierten Ländern leben. Darüber hinaus finden wir einen positiven Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Wohlbefinden in Sozialversicherungsländern und der Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell.

In Sozialversicherungsländern werden die meisten Gesundheitsleistungen dezentralisiert und häufig von privatrechtlich organisierten Anbieterinnen erbracht. Sie verfügen darüber hinaus meist über einen umfangreicheren Krankenanstaltenbereich als vorwiegend steuerfinanzierte Länder. Die Kombination von hoher Versorgungsdichte und der Möglichkeit Ärztinnen oder Einrichtungen relativ uneingeschränkt wählen zu können, stärkt das Vertrauen der Versicherten in das Versorgungssystem [Hofmarcher et al., 2004a, S.1].

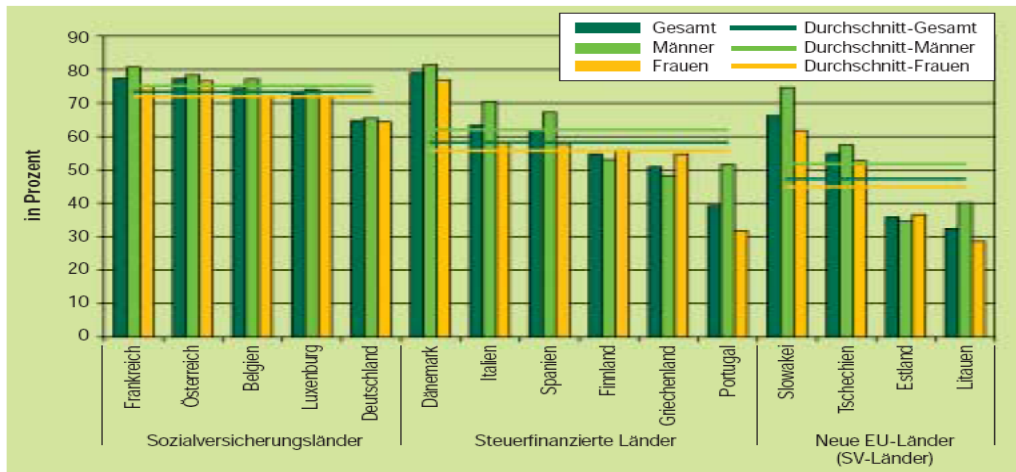
Unterschiede zwischen den Versorgungsmodellen können durch verschiedene Parameter gemessen werden:

- Daten zum subjektiven Gesundheitszustand
- Indikatoren des Gesundheitszustandes (z.B. Lebenserwartung in Gesundheit)
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Es gibt starke Hinweise, dass die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes aus Stichprobenerhebungen ein gutes Maß zur Beurteilung des Gesundheitszustandes in einem Land ist. Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand ist in fast allen Studien ein unabhängiger Prädiktor für die Mortalität [Idler EL et al, 1997]. Interessanterweise wird durch die subjektive Einschätzung die Mortalität oftmals besser vorhergesagt als durch die Auswertung von medizinischen Befunden (daran kann man erkennen, wie sehr auch die Psyche an Krankheiten beteiligt ist). Der durchschnittliche selbsteingeschätzte Gesundheitszustand in den westlichen Sozialversicherungsländern liegt deutlich über jenem in steuerfinanzierten Ländern und den „neuen“ EU-Sozialversicherungsländern.

Auch die Variation innerhalb der beitragsfinanzierten Länder ist deutlich geringer als jene in den beiden anderen Ländergruppen [Hofmarcher et al., 2004a, S.3].

Abbildung 12: Anteil der über 15-jährigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen, 2002 Quelle: Hofmarcher et al., 2004a, S.3

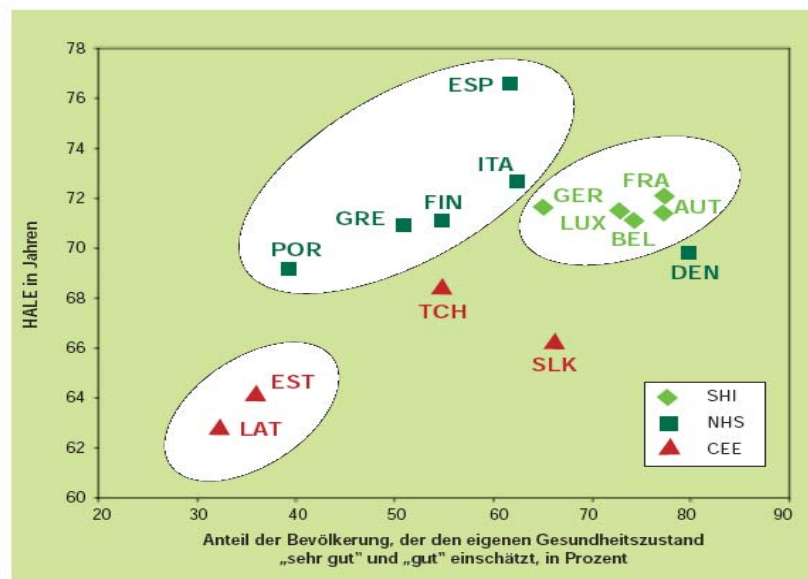


Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Der subjektiv berichtete sehr gute oder gute Gesundheitszustand in den Sozialversicherungsstaaten der westlichen EU geht mit einer überdurchschnittlich hohen Lebenserwartung einher, die Variation ist gering.

Die Staaten des National Health Service zeigen eine deutlich höher Streuung sowohl beim selbsteingeschätzten Gesundheitszustand als auch bei der gesunden Lebenserwartung (HALE=healthy life expectancy).

Abbildung 13: Zusammenhang zwischen selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und gesunder Lebenserwartung 2002 Quelle: Hofmarcher et al., 2004a, S.5



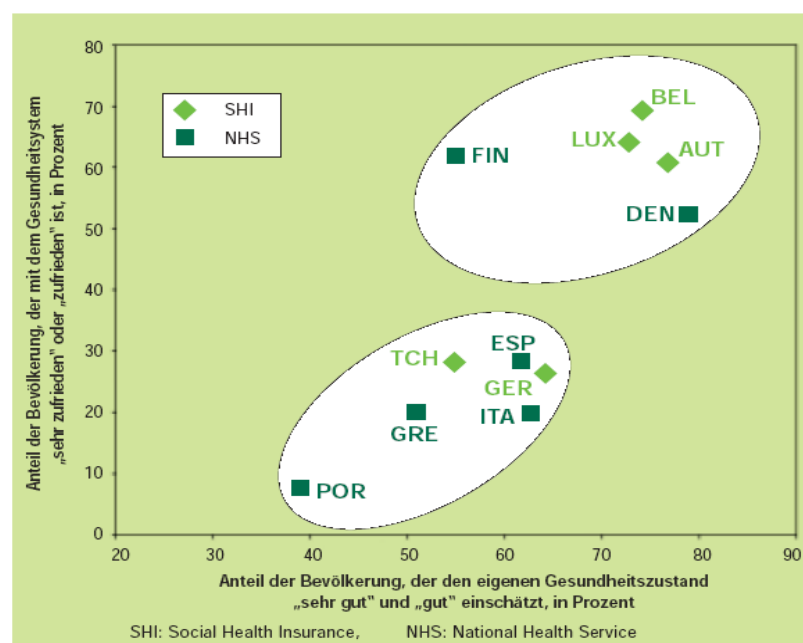
SHI: Social Health Insurance
 NHS: National Health Service
 CEE: Central-Eastern European Countries
 HALE: Healthy Life Expectancy

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Bis auf Dänemark zeigen alle Staaten mit öffentlich organisierten Versorgungsmodellen einen eher unterdurchschnittlich eingeschätzten Gesundheitszustandes gepaart mit mittlerer bis hoher Lebenserwartung in Gesundheit. In den baltischen Staaten Estland und Lettland fühlen sich die Menschen nicht nur viel weniger gesund als in der restlichen EU, sie können auch nur mit einer deutlich geringeren Anzahl an Lebensjahren in Gesundheit rechnen, dieser gesundheitliche Abstand gilt auch gegenüber anderen ehemaligen Ostblock-Ländern. Obwohl sich Tschechinnen und Slowakinnen gleich gesund fühlen wie viele Bewohnerinnen der „alten“ EU, können sie mit deutlich weniger Lebensjahren ohne gesundheitliche Beeinträchtigung rechnen.

Es gibt auch einen positiven linearen Zusammenhang zwischen dem selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, dabei stimmen die sich ergebenden Ländercluster nur bedingt mit den zugrunde liegenden Versorgungsmodellen überein. Österreich, Belgien und Luxemburg zeigen sehr hohe Werte in beiden Dimensionen. Gesundheitliches Wohlbefinden und Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell scheinen sich deutlicher in jenen Ländern zu zeigen, in denen Gesundheitsleistungen dezentralisiert und von privatrechtlich organisierten Anbieterinnen erbracht werden.

Abbildung 14: Zusammenhang zwischen selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem Quelle: Hofmarcher et al., 2004a, S.6



Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Es scheint, dass Bürgerinnen in Krankenversicherungen, die ja häufig als Selbstverwaltungen organisiert sind, mehr Vertrauen haben als in rein staatliche Einrichtungen. Beiträge und Leistungen können nicht durch einfache Regierungsmaßnahmen geändert werden und bei der Bevölkerung entsteht das Gefühl, „ihr Geld“ wird von Staats unabhängigen Organisationen zu ihren Gunsten ausgegeben und verwaltet.

5.3 Selbstbeteiligung

Unter Selbstbeteiligungen versteht man direkte Zahlungen durch Patientinnen, die bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu erbringen sind. Dabei unterscheidet man Zuzahlungen (Eigenleistung in Form von prozentuellen Anteilen oder als fixer Betrag) und Selbstbehalte (der volle Beitrag unterhalb eines festgelegten Ausgabenmaximums ist von den Patientinnen zu tragen, darüber bezahlt die Versicherung).

Laut Statistik Austria sind die privaten Ausgaben für Gesundheit in Österreich zwischen 1997 und 2002 von 4,15 Milliarden Euro auf 5,38 Milliarden gestiegen. Umgerechnet auf alle Einwohner sind das für eine vierköpfige Familie immerhin fast 2700 Euro im Jahr. 31,5 Prozent der Leistungen zahlen die Österreicherinnen schon heute aus der eigenen Tasche [Rümmele, 2005, S.20ff].

Befürworter von Selbstbehalten versprechen sich davon einen verantwortungsvollen Umgang der Patientinnen mit den finanziellen Mitteln des Gesundheitswesens. Medizinisch nicht notwendige Leistungen sollen dadurch vermieden werden, die erhöhte Transparenz soll zu einer Kontrollfunktion der Patientinnen gegenüber den Ärztinnen führen. Unter dem Schlagwort „Stärkung der Eigenverantwortung“ möchte so die Gesundheitspolitik in vielen Staaten auch mit immer höheren Selbstbeteiligungen die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen in den Griff bekommen.

Dabei sollen Selbstbeteiligungen in „Quasi-Preisfunktion“ marktwirtschaftliche Elemente im Gesundheitswesen einführen. Das fundamentale Merkmal eines wettbewerblich orientierten Marktes ist zweifellos die Steuerung über den Preismechanismus. Dieser Preismechanismus ist aber mit der Einführung der sozialen Krankenversicherung im vorigen Jahrhundert außer Kraft gesetzt worden [Meggeneder, 2003, S.180].

Finanzielle Selbstbeteiligung der Patientinnen hat zwei Ziele:

- Den Finanzierungseffekt (Einnahmeeffekt)
- Den Steuerungs- oder Lenkungseffekt (Nachfrageeffekt)

Der Finanzierungseffekt soll zusätzliche Einnahmen für das Gesundheitssystem zur Verfügung stellen, der Lenkungseffekt dient als Instrument zur Kostensenkung, indem der den Versicherten unterstellte „Moral Hazard“, der durch den Versicherungsschutz entsteht, verringert wird. Unter „Moral Hazard“ versteht man die Steigerung der Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintrittes bzw. der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Existenz eines Versicherungsverhältnisses. Dieser kann vor Krankheitseintritt „ex ante“ entstehen, z.B. durch risikoreiche Verhaltensweisen oder fehlende Maßnahmen in der Krankheitsvorbeugung, oder nach Krankheitseintritt „ex post“, wobei Patientinnen mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen als medizinisch angemessen erscheinen. Rezepte gegen diesen „Moral Hazard“ meinen manche Gesundheitspolitikerinnen in Risikozuschlägen und in Selbstbeteiligungen gefunden zu haben. „Moral Hazard“ kann nicht nur auf der Seite der Nachfragerinnen nach Gesundheitsleistungen auftreten sondern auch auf der Angebotsseite: in Form einer Tendenz zur überhöhten Abrechnung durch Ärztinnen.

Zielsetzung der Politik in der Steuerung des Gesundheitswesens über ökonomische Verhaltensanreize ist [Kaiser, 2003]:

- Begrenzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben
- Gleichschritt des Wachstums des Gesundheitssektors mit dem Wachstum der übrigen Wirtschaftsbereiche
- Verbesserung der Leistungsqualität
- Selbstregulierung von Interessenskonflikten
- Entlastung der Arbeitgeberinnen
- Steigerung der Effizienz (z.B. durch Ausschluss von Bagatellfällen)
- Eindämmung übermäßiger Nachfrage
- Senkung der Kosten durch Förderung gesünderer Lebensweise
- Orientierung des Arztverhaltens an der Nachfrage (bedarfsgesteuert und nicht angebotsinduziert)
- Finanzielle Entlastung der Krankenkassen

Damit Selbstbeteiligungen ihre Wirkung entfalten können, müssen sie einigen theoretischen Annahmen gerecht werden [Ziniel, 2004]:

- Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage

- Vollständig informierte Nachfragerinnen
- Elastische Nachfrage, abhängig von Einkommen, Erkrankung und Preis
- Keine Versicherung gegen finanzielle Folgen einer Selbstbeteiligung

Das Gesundheitswesen weist im Vergleich zu anderen „Märkten“ aber einige Besonderheiten auf. Zentraler Wesenszug des Gesundheitsmarktes ist die asymmetrische Informationsverteilung. Sie wirft die Frage auf: Sind die Patientinnen die treibende Kraft bei der Bestimmung der Nachfrage?

Da es auch das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage gibt (Ärztinnen steuern durch Verschreibungen, Überweisungen, etc. die Nachfrage der Patientinnen) kann nicht von voneinander unabhängigen Angebots- und Nachfragefunktionen ausgegangen werden.

Die (allerdings umstrittene) „Zieleinkommenshypothese“ besagt, dass Ärztinnen ein bestimmtes Einkommensniveau anstreben, unterhalb dessen sie versuchen ihre abgerechneten Leistungen zu maximieren.

Entscheidungen über die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen werden üblicherweise arbeitsteilig getroffen: die Patientinnen entscheiden über die Auswahl der Behandlungsinstanz, die Anbieterinnen der Leistungen entscheiden – im Namen der Patientinnen – über die Art und Menge der Behandlung.

Für die Wirksamkeit von Selbstbeteiligung folgt daher, dass lediglich der Erstkontakt durch Selbstbeteiligungsregelungen zu beeinflussen sein dürfte [Kaiser, 2003].

5.3.1 Empirie

Die einzige großflächige Untersuchung, bei der detaillierte Daten über das Verhalten der Versicherten gesammelt wurden, die RAND-HIE-Studie ist der bekannteste Vorläufer von empirischen Untersuchungen zum Thema Selbstbeteiligung. Das „Health Insurance Experiment (HIE)“, eine Studie, die von der RAND Corporation zwischen 1974 und 1982 durchgeführt wurde, teilte 7700 Teilnehmerinnen aus sechs US-Städten verschiedene Versicherungsdesigns mit 0, 25, 50 und 95 Prozent Selbstbeteiligung zu. Die Versorgung und das Verhalten wurde über 3 bzw. 5 Jahre analysiert.

Weil die Untersuchung aber in vielen Bereichen kein einheitliches Ergebnis liefert, finden nun sowohl Befürworter als auch Gegner von Selbsthalten Unterstützung für ihre

Argumente. Generell kamen die Autoren zum Ergebnis, dass Selbstbehalte nur wirken, wenn sie höher als 50 Prozent sind, die Steuerungswirkung verpufft rasch und ist oft nur ein Einmaleffekt und bei Menschen im untersten Einkommensquartal erhöht sich die Sterblichkeit um 10 Prozent.

Ergebnisse nach Ziniel [Ziniel, 2003] :

- Die Inanspruchnahme steigt mit dem Versicherungsschutz
- Die Höhe der Selbstbehalte beeinflusst die Anzahl der Arzt- und Krankenhausbesuche, nicht aber deren Intensität
- stärkste Variable für die Preiselastizität der Nachfrage ist das Einkommen (e: 0,2 bis 0,4)
- Die größten Unterschiede: Kinder von armen und nicht-armen Familien
- Selbstbeteiligung reduziert notwendige und nicht notwendige Behandlung im selben Ausmaß
- Am stärksten wirken Selbstbeteiligungen bei präventiven Leistungen
- Nachteilige gesundheitliche Folgen bei Bluthochdruckpatienten mit niedrigem Einkommen

Im Jahr 2002 wurde für das US-Verteidigungsministerium die RAND-2-Studie erstellt. In dieser kommen die Autoren ebenfalls zum Schluss, dass Selbstbehalte auf eine Lenkung der Nachfrage abzielen, die Kostendynamik im Gesundheitswesen jedoch durch die Anbieterinnen bestimmt wird, Steuerungsinstrumente auf der Angebotsseite also wirksamer wären.

Die Analyse eines Selbstbehaltes für Medikamente in Quebec ergab höhere Behandlungskosten als ohne Selbstbehalte angefallen wären. Mittelfristig wurden, um Geld zu sparen, Krankheiten zu wenig behandelt, was zu einer Verschlechterung der Gesundheit führte [Tamblin, 2001].

5.3.2 Europäische Vergleiche

Wenn wir unseren Blick auf die Ausprägung von Selbsthalten in Europa richten, dann finden wir zahlreiche verschiedene Höhen und Leistungsarten. Man findet unterschiedliche Ausnahmen nach sozio-ökonomischen Kriterien (Einkommen, chronische Erkrankung, sozialer Status, Alter). Es gibt eine Konzentration auf den

Arzneimittelsektor, der Einnahmeeffekt steht im Vordergrund, die Verteilungswirkung ist regressiv (niedrige Einkommen werden überproportional belastet).

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über empirische Untersuchungen in ausgewählten europäischen Staaten einen Eindruck über die Wirkung von Selbstbeteiligungen vermitteln [Ziniel, 2004]:

5.3.2.1 Frankreich

Hohe Selbstbehalte im Rahmen eines Kostenerstattungssystems, rund 72% werden erstattet, die hohe Eigenbeteiligung wird durch private Zusatzversicherung abgemildert.

- 9 Mio Menschen (16% der Bevölkerung) sind ohne Zusatzversicherung (niedriges Einkommen, Jugendliche)
- Menschen ohne Zusatzversicherung haben um die Hälfte weniger Arztkontakte, um 38% niedrigere Medikamentenkosten
- Erhöhtes Sterblichkeitsrisiko für diesen Personenkreis

5.3.2.2 Niederlande

Rückläufige Bedeutung der Selbstbeteiligungen. Im Jahr 1997 wurden allgemeine Selbstbeteiligungen eingeführt („Allgemeine Eigenbidragsregelung (AEB)“, 20% Zuzahlung, max. NLG. 100 bis 200,- jährlich), auf Grund des hohen administrativen Aufwandes und der negativen Auswirkungen wurde diese Regelung 1999 wieder aufgehoben.

Erfahrungen:

- Einnahmeneffekt unter den Erwartungen
- Keine Effizienzsteigerungen, hohe administrative Kosten
- Rückläufiger Konsum von Medikamenten bei unteren Einkommensschichten
- Für 13% hat AEB den Zugang zu notwendiger Versorgung verwehrt

5.3.2.3 Schweden

Staatlicher, universeller Gesundheitsdienst mit steigender Selbstbeteiligung in den 90er Jahren (absolute Zuzahlung mit Obergrenze).

Erfahrungen:

- Umverteilung zwischen Gesünderen und Kranken, nicht nach Einkommen
- Auswirkungen auf Erstbesuche
- die Obergrenze wird von älteren und chronisch Kranken rasch erreicht
- 20 bis 25% der Bevölkerung verzichten aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen
- 8% verzichten auf den Kauf von verschriebenen Medikamenten
- Arbeitslose reagieren stärker als Beschäftigte
- Mit steigender Familiengröße sinken Zugang und Inanspruchnahme
- Der Arztbesuch hängt positiv vom Einkommen ab, insbesondere bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand

5.3.2.4 Schweiz

In der Schweiz gibt es wählbare Selbstbehalte in der Krankenversicherung, daher kann man in diesem Land die von Selbstbeteiligungen erwarteten Auswirkungen evaluieren. Es wurde die spannende Frage untersucht, ob frei wählbare Selbstbehalte eher Nachfragesteuerung oder Selektion von Gesunden und Kranken erreichen [Schellhorn, 2004].

Ergebnis:

- Die Wahlmöglichkeit des Selbstbehaltes hat keinen großen Einfluss auf das Verhalten der Patientinnen
- Die beobachtete Reduktion in der Anzahl der Arztbesuche bei Versicherten mit höheren Selbsthalten ist durch Selbstselektion zu erklären (gesündere Versicherte wählen höhere Selbstbehalte)

5.3.3 Verteilungswirkungen von Selbsthalten

Bei öffentlich finanzierten Sozialsystemen liegt generell eine progressive Finanzierungsabsicht zu Grunde (die höheren Einkommen werden überproportional belastet). Die Grundlage der Finanzierung, die Steuern oder Beiträge zur Sozialversicherung werden losgelöst vom Risiko der Versicherten an der Höhe der

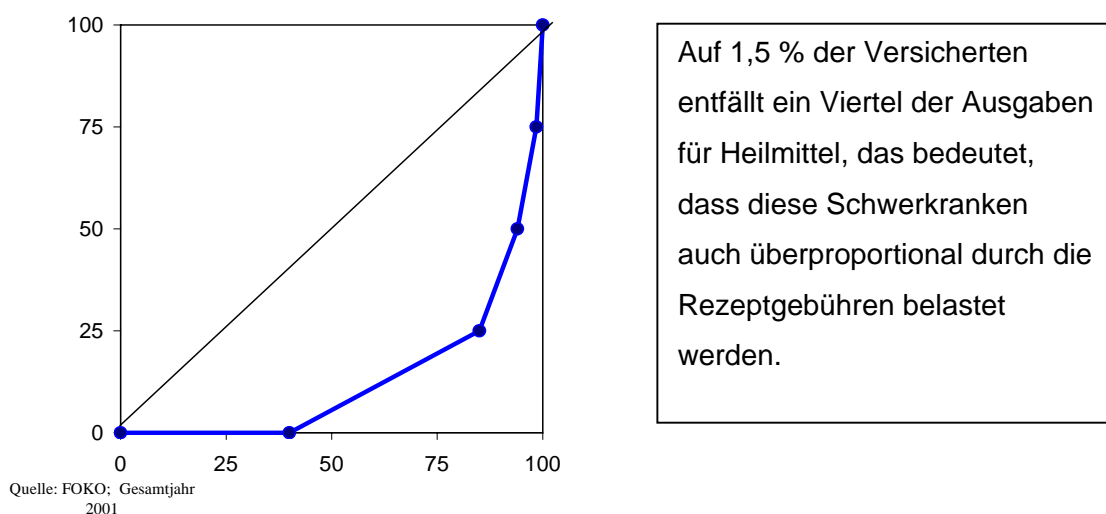
Einkommen bemessen. Der Zugang zu Leistungen ist nach dem Bedarf ausgerichtet, unabhängig von der individuellen Fähigkeit für die Kosten auch aufkommen zu können.

Selbstbeteiligungen als Finanzierungsinstrument verschieben nun die Belastungen auf jene, die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen müssen, es entsteht eine direkte Beziehung zwischen der finanziellen Belastung und dem individuellen Gesundheitszustand. Auf der anderen Seite gibt es einen starken Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit, deshalb haben Selbstbeteiligungen eine eindeutig regressive Verteilungswirkung (die niedrigen Einkommen werden überproportional belastet).

Aus einem ursprünglich solidarisch finanziertem System kommt es durch Selbstbeteiligungen zu einer Umverteilung der Kosten von Gesunden zu Kranken und damit in den meisten Fällen auch von wohlhabenden zu ärmeren Bevölkerungsschichten mit höherem Krankheitsrisiko.

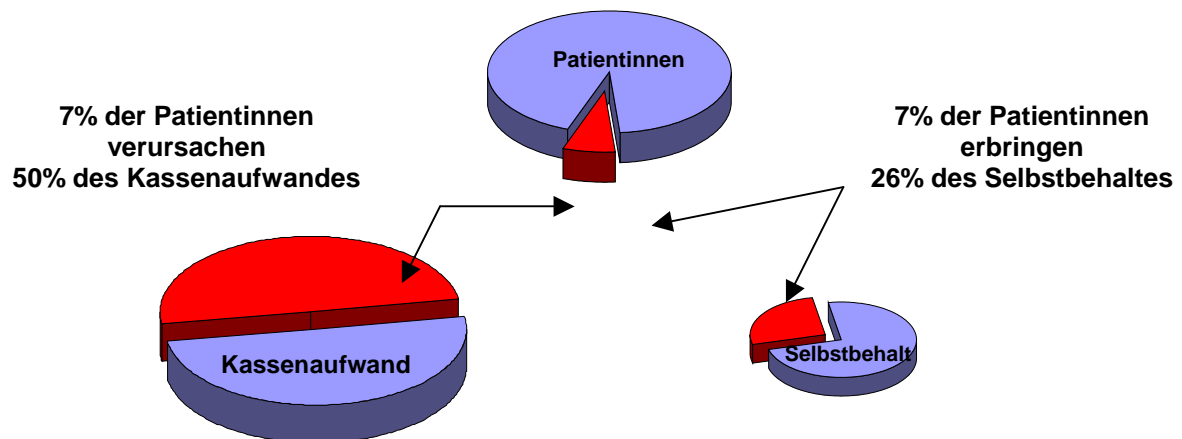
Auswertungsergebnisse der Oberösterreichischen und der Kärntner Gebietskrankenkasse bestätigen die überdurchschnittliche Belastung der Kranken und der einkommensschwächeren Schichten durch Selbstbeteiligungen:

Abbildung 15: Lorenzkurve der Heilmittelausgaben und Anteil der Versicherten, OÖGKK 2001 Datenquelle: FOKO



Eine Studie der Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK) hat für die gesamten Gesundheitsausgaben ähnliche Ergebnisse erzielt [Wurzer, 2004].:

- eine sehr kleine Gruppe von Versicherten beansprucht den Großteil des Leistungsaufwandes.
- Alter, Armut und Krankheit treten häufig gemeinsam auf

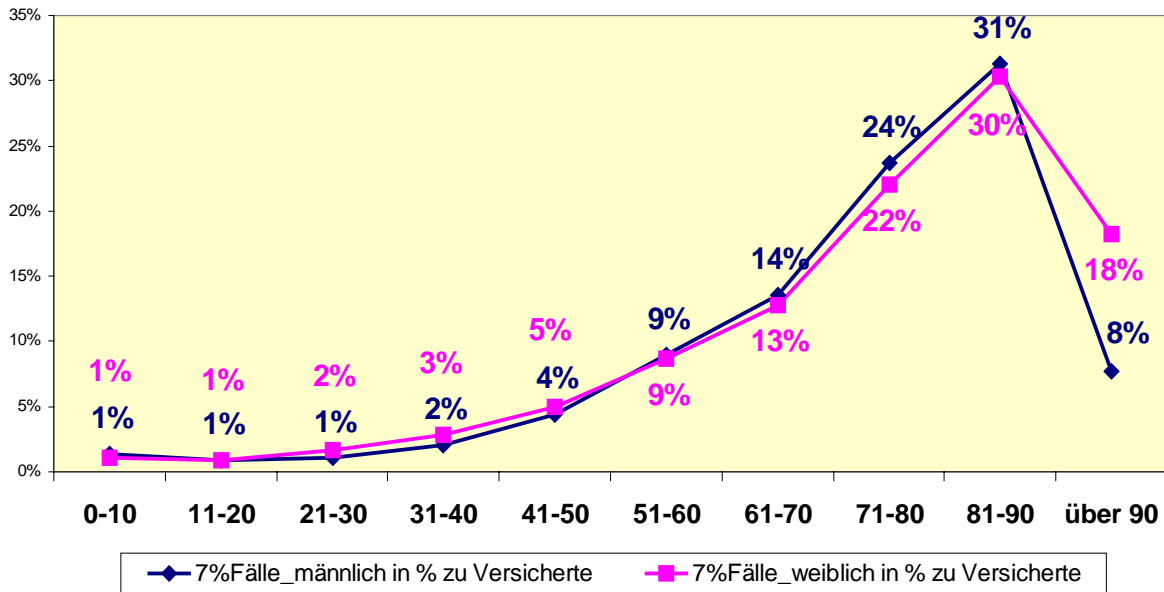


1,7% der Patientinnen benötigen 25% des Aufwandes, 7% der Patientinnen benötigen 50% des Aufwandes. Der prozentmäßig überwiegende Patientenanteil dieser „Hochleistungsbezieher“ findet sich in den unteren Gehaltsklassen und oberen Altersklassen. Knapp drei Viertel davon sind Pensionisten und ein Drittel ist rezeptgebührenbefreit.

Die sehr hohe Belastung des Gesundheitssystems durch zum Teil sehr kleine Gruppen von Versicherten zeigt, dass nur durch das Prinzip der Solidarität in der sozialen Krankenversicherung die Gesundheitsrisiken optimal abgedeckt und für Personen unabhängig von Alter, Einkommen und Geschlecht, in jedem Lebensabschnitt die entsprechende Versorgung sichergestellt werden kann.

Deutlich wird in dieser Studie auch, dass es besonders die Betagten und Hochbetagten Versicherten sind, die jene 7 Prozent der Fälle bilden, die 50 Prozent des Kassenaufwandes benötigen.

Abbildung 16: 7 % Fälle (die 50 % des Kassenaufwandes benötigen) nach Altersklassen; Prozentmäßiger Anteil an den Gesamt-Versicherten, KGKK 2002 Quelle: Studie der KGKK



Auch der Zusammenhang von hohem Kassenaufwand pro Patientin und niedrigem Einkommen wird in dieser Studie deutlich. Damit wird die These „Armut macht krank“ auch durch diese Studie bestätigt.

Abbildung 17: Kassenaufwand und Selbstbehalt nach Gehaltsklassen (pro Patientin / pro Patient im Jahr); Alle Patientinnen KGKK 2002; Beträge in € Quelle: Studie der KGKK

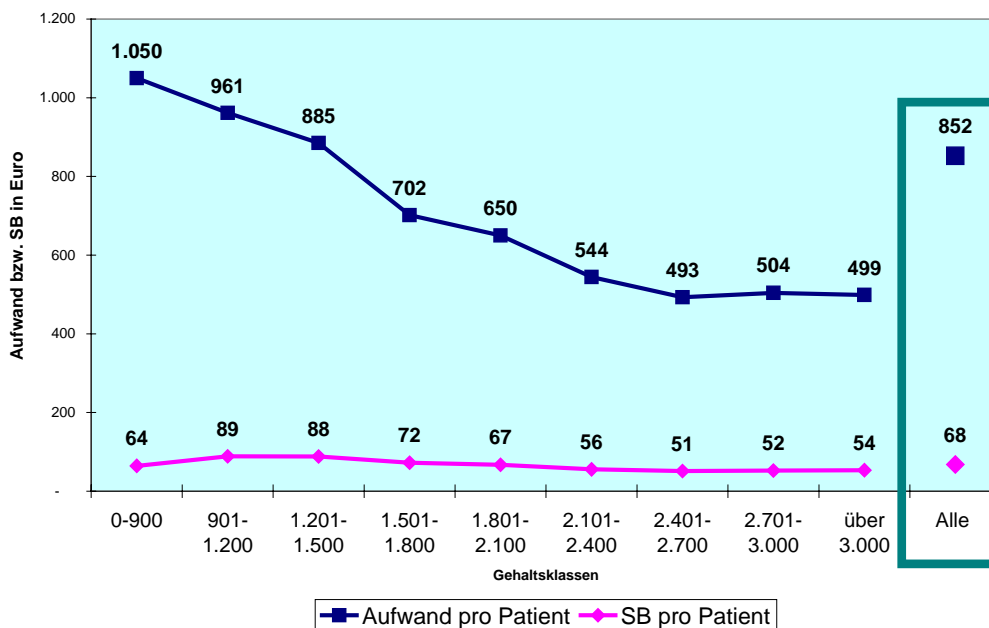
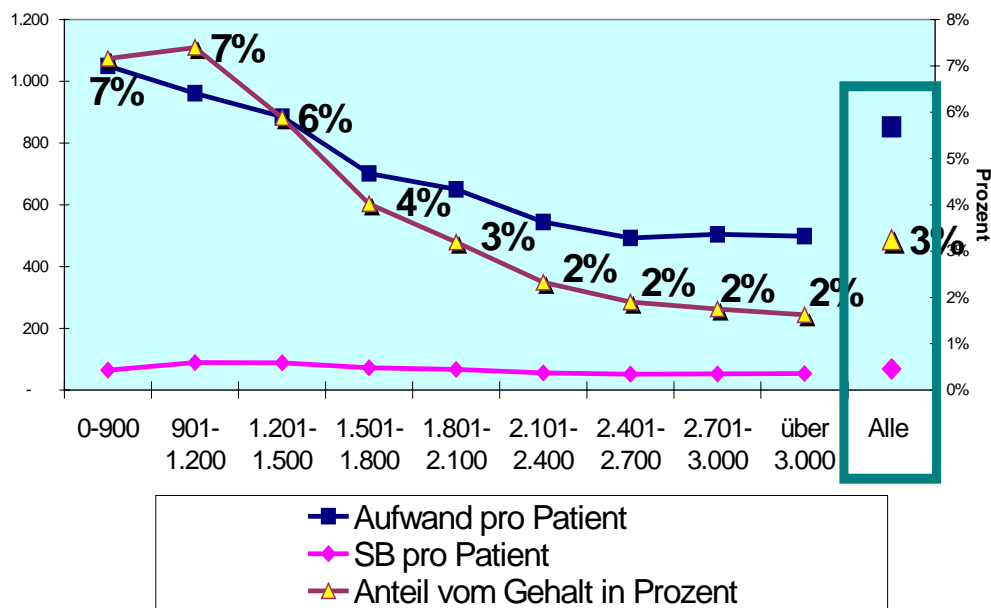


Abbildung 18: Prozentueller Anteil des Selbstbehaltes in Abhängigkeit vom Einkommen
 Quelle: Studie der KGKK



Generell kann der Selbstbehalt in den unteren Gehaltsklassen einen bedeutenden Teil des Einkommens ausmachen, Patientinnen tragen bereits jetzt einen relativ hohen Anteil an den Kosten.

5.3.4 10 Thesen zur Steuerungswirkung von Selbsthalten

[entnommen aus Meggeneder, soziale Sicherheit 4/2003; S. 180-187]

These 1: Selbstbeteiligungen in geringer Höhe führen nur zu kurzen Verhaltensreaktionen in Form eines Rückganges der Leistungsanspruchnahme, die aber durch vorgezogene Reaktionen und Nachholbewegungen zur Gänze kompensiert werden. Insgesamt ist kein dauerhafter steuernder Effekt zu erzielen.

These 2: Selbstbeteiligungen wirken nur in prohibitiver Höhe (>50%) steuernd und können daher aus gesundheitspolitischer Sicht allenfalls bei gesundheitsirrelevanten Leistungen eingesetzt werden.

These 3: Hohe Selbstbeteiligungen wirken in Verbindung mit einem Versicherungssystem preistreibend, da die Selbstbeteiligung Mitnahmeeffekte entfaltet, das heißt, die Leistungsanbieterinnen schlagen den Selbstbehalt zu einem hohen Anteil dem Preis zu.

These 4: Selbstbeteiligungen treffen Multimorbide als eine Minderheit (ca. 20%) überproportional, da sie den überwiegenden Teil der Leistungen (ca. 75%) beanspruchen.

These 5: Selbstbeteiligungen wirken in erster Linie gegen die Erstinanspruchnahme von Leistungen. Ist diese Zugangsbarriere überschritten, ist die steuernde Wirkung gleich Null.

These 6: Unter der Annahme, dass der Kostenerstattung als einem Sonderfall der Selbstbeteiligung eine steuernde Wirkung zukommt kann diese auch in eine unerwünschte Richtung wirken: nämlich dann, wenn bei Überschreitung der Rückerstattungsgrenze die Leistungen exzessiv in Anspruch genommen werden.

These 7: Selbstbeteiligungen haben Finanzierungseffekte in der Form, dass eine Umverteilung der Finanzlasten von der Versichertengemeinschaft auf Individuen mit schlechten Risiken erfolgt.

These 8: Selbstbeteiligungen haben einen Verteilungseffekt der Finanzlasten innerhalb der Versichertengemeinschaft von oben nach unten, da BezieherInnen höherer Einkommen in der Tendenz den besseren Gesundheitszustand aufweisen.

These 9: Selbstbeteiligungen in der sozialen Krankenversicherung stabilisieren den Beitragssatz, der mittelfristig auf Grund steigender Selbstbeteiligungen relativ sinkt. Die Umverteilung der Finanzlasten erhöht aber die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen.

These 10: Selbstbeteiligungen sind als alleiniges Instrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ungeeignet. Sie können aber in den Bereichen von Bagatelleleistungen und gesundheitlich nicht relevanten Gütern eingesetzt werden.

Der Schwerpunkt im Gesundheitswesen muss daher auf der Angebotssteuerung liegen.

5.3.5 Selbstbeteiligungen in Österreich

Nach dem ESVG 95 (dem nunmehr verbindlich vorgeschriebenen Europäischen System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung) beliefen sich 2002 die gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich auf 16.806 Millionen Euro. Die Ausgaben steigen kontinuierlich, im Vergleich zu 2001 um 3,5% [Statistik Austria, 2004, S. 417-418].

Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt machte 5,4% aus, jener der privaten Gesundheitsausgaben 2,3% (und damit 30% der gesamten Gesundheitsausgaben).

Die privaten Gesundheitsausgaben setzen sich zusammen aus:

- Ambulanten und stationären Gesundheitsdienstleistungen
- Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen
- Versicherungsdienstleistungen im Zusammenhang mit Gesundheit

Die Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit beliefen sich 2002 insgesamt auf 4.692 Millionen Euro. Sie sind gegenüber dem Vorjahr um 3,9% gestiegen und wurden wie folgt aufgewendet:

- 40,7% bzw. 1.910 Millionen Euro für ambulante Gesundheitsdienstleistungen
- 25,5% bzw. 1.197 Millionen Euro für stationäre Gesundheitsdienstleistungen
- 12,6% bzw. 592 Millionen Euro für Versicherungsleistungen
- 21,1% bzw. 992 Millionen Euro für den privaten Konsum

(laut Produktions- und Außenhandelsstatistik)

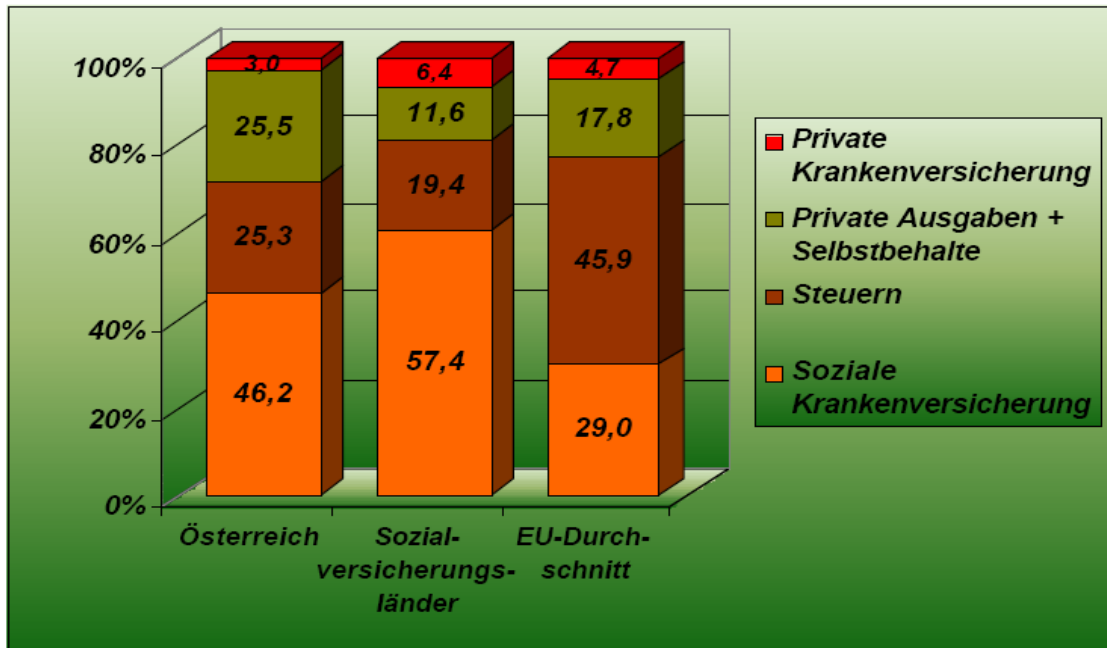
Die privaten Gesundheitsausgaben können in „direct payments“ bzw. in „cost sharing-Bestimmungen“ differenziert werden [Hofmarcher M., 2003b].

Zu den „direct payments“ zählen Zahlungen für pharmazeutische oder andere medizinische Produkte, zahnärztliche Dienstleistungen und stationäre Dienstleistungen. Diese Leistungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt, fließen somit auch nicht den Krankenversicherungsträgern zu, sondern bleiben bei den entsprechenden Stellen (z.B. Taggeld der Krankensanstalten).

„cost sharing – Bestimmungen“ sind klassische Selbstbehalte. Ein fixer Betrag oder Prozentsatz pro Leistung muss von den Patientinnen bezahlt werden, der Rest wird vom jeweiligen Krankenversicherungsträger übernommen. Dazu zählen Zuzahlungen für therapeutische Geräte und Ausrüstungen, ärztliche Dienstleistungen (Inanspruchnahme von Wahlärztinnen), die Rezept-, Krankenschein- und die mittlerweile wieder abgeschaffte Ambulanzgebühr sowie der prozentuale Selbstbehalt bei Eisenbahnerinnen, Beamtinnen und Selbstständigen.

Sowohl der EU-Vergleich als auch die Entwicklung im Zeitverlauf beschreibt die hohe und dynamische Belastung durch Selbstbeteiligungen in Österreich.

Abbildung 19: Höhe von Selbstbeteiligung im EU – Vergleich Quelle: [Hofmarcher, 2003a]



Sozialversicherungsländer: Österreich, Belgien, Deutschland, Frankreich, Israel, Luxemburg, Niederlande, Schweiz

Quelle: Statistik Austria, HVSV; OECD Health Data 2002, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf zu Preisen 1995 wuchsen seit 1988 um fast 50% auf 1.959 Euro im Jahre 2002. Im Vergleich dazu liegt das gesamtwirtschaftliche Wachstum seit Beginn der 90er deutlich darunter (Gesamtsteigerung rund ein Drittel).

Abbildung 20: Entwicklung der Gesundheitsausgaben zwischen 1995 und 1999 Quelle: [Hofmarcher 2002]

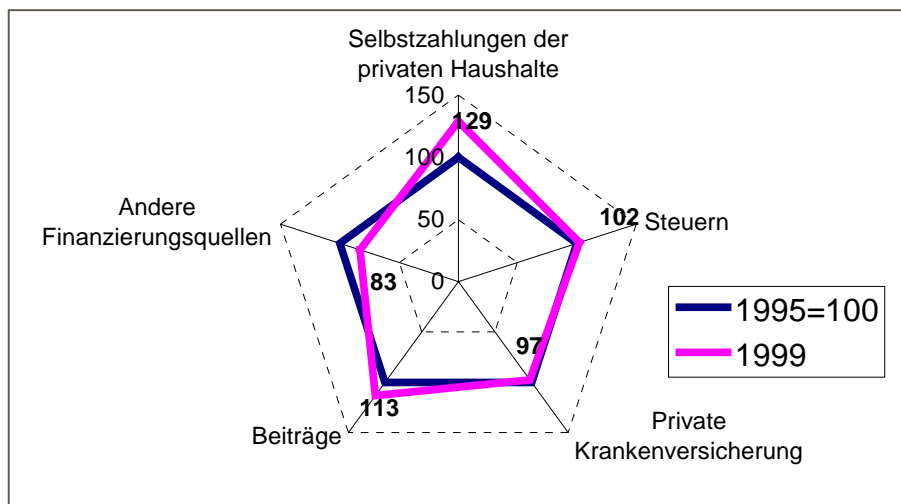
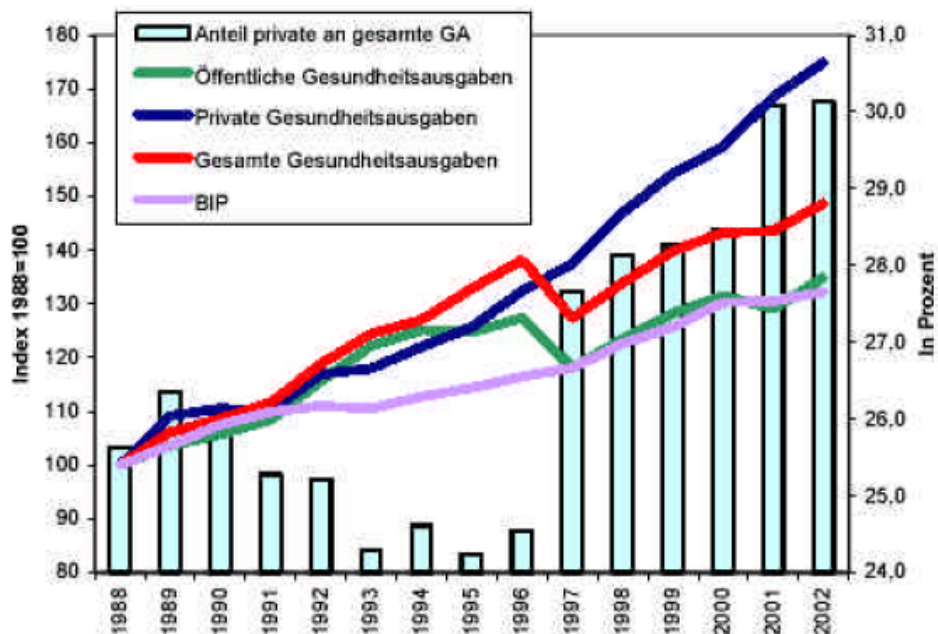


Abbildung 21: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des BIP, pro Kopf zu Preisen 1995, Index 1988=100 Quelle: [Hofmarcher, 2003a]



Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Innerhalb der gesamten Gesundheitsausgaben verzeichnen die Ausgaben der privaten Haushalte mit einem Plus von 75% die dynamischste Steigerung (vgl. Abbildung 21). Insbesondere im Jahre 1997 erhöhte sich der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben um mehr als drei Prozentpunkte. Aber auch in den Folgejahren wuchs der Anteil, sodass 2002 mehr als 30% der gesamten Ausgaben dem privaten Sektor zugeschrieben werden kann.

Als Gründe für diese Anteilsverschiebung können einerseits die systematische Unterschätzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ab 1997 und andererseits die Einführung neuer Selbstbehalte, wie die Krankenscheingebühr (1997), die inzwischen wieder abgeschaffte Ambulanzgebühr (2001) und außerordentliche Rezeptgebührenerhöhungen (1997 bzw. 2000) genannt werden.

Die Unterschätzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben seit 1997 hat als Konsequenz, dass sich ab diesem Zeitpunkt das öffentliche Wachstum annähernd am BIP orientiert. [Hofmarcher M., 2003b]

5.3.6 Zusammenfassung der Wirkung von Selbstbehalten

- Betroffen sind Personen, die sehr viele Leistungen in Anspruch nehmen (niedrige Einkommen und Ältere);
- der Anteil von Selbstbehalten am Einkommen ist in unteren Gehaltsklassen wesentlich höher als in oberen Einkommensgruppen [Wurzer, 2004]
- Selbstbehalte wirken unsozial und beeinträchtigen die Gesundheit der ärmeren Bevölkerungsschichten [ÖBIG-Studie, 2002]
- Ausnahmen können keinen tatsächlichen Schutz für ärmere Bevölkerungsschichten gewährleisten (hohe Administrationskosten für Ausnahmen) [Ziniel, 2003]
- Die Steuerungswirkung von Selbstbehalten ist sehr eingeschränkt (Ziel: Rückgang bei weniger sinnvollen Leistungen) [ÖBIG-Studie, 2002]
- Verhaltensänderungen sind nur kurzfristig [ÖBIG-Studie, 2002].

Wenn finanzielle Anreize für die PatientInnen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steuern sollen, erhält immer das Kriterium der Zahlungsfähigkeit Vorrang vor dem medizinischen Bedarf. Das Resultat ist eine nicht dem Bedarf entsprechende Verteilung von Gesundheitsleistungen und damit eine Verstärkung der gesundheitlichen Ungleichheit.

Effizienz heißt auch, die Allokation vorhandener Ressourcen so zu steuern, dass sie zuerst denjenigen zukommen, die davon am meisten profitieren können – den Armen und den Kranken [Kaiser, 2003, S. 26].

5.4 Honorierungsformen

Die Gesundheitssysteme der europäischen Gesellschaften stehen alle vor derselben grundlegenden Weichenstellung. Gruppenegoistische Leistungsausweitungen im Versorgungssystem ohne Rückkopplung mit dem Gesamtnutzen führen zwangsläufig zu einer Krise der Finanzierungssysteme.

Die entscheidende Frage lautet [Huber/Langbein, 2004] :

Wollen wir ein Gesundheitssystem, das optimalen sozialen Gewinn bei möglichst günstigem gesellschaftlichem Ressourceneinsatz anstrebt?

In einem sozialen Gesundheitssystem müssen sich die Subsysteme dem gemeinsamen Ziel, also preiswerte Gesundheit für alle, unterordnen. Die globale Zielsetzung hat Rückwirkung auf die Gestaltung von Finanzierungs- und Versorgungssystemen. Die gegenwärtigen gesundheitspolitischen Reformdebatten vernachlässigen die systemischen Wechselwirkungen und zeichnen sich durch diffuse oder verschleierte Zielsetzungen aus.

Eines der wichtigsten Kennzeichen von Sozialversicherungsländern ist die private Produktion von ärztlichen Leistungen. Gegen Bezahlung von gesetzlich oder administrativ festgelegten Honoraren, deren Höhe zumeist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Anbieterorganisation ist, erbringen Ärztinnen Leistungen für die Bevölkerung. Dabei kommt der konkreten Gestaltung der Verträge besondere Bedeutung zu – diese sollen sowohl eine optimale Versorgung der Patientinnen als auch eine angemessene Entlohnung der Ärztinnen garantieren. Sozialversicherungen müssen daher ihre Verträge ständig auf ihre Anreizwirkungen hin überprüfen.

Viele Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen führen zu Fehlanreizen. Möglichst viel Medizin zu empfehlen ist lukrativ, Menschen im Leben heilend zu begleiten rechnet sich nicht genügend. Es stellt sich die Frage, welche Honorierungsweisen geeignet sind echte Leistungen zu belohnen. Heutige Systeme honorieren zum Teil Indikationsschwinderei und Abrechnungstricks besser als redliche ärztliche oder soziale Hilfe.

In Gesundheitssystemen, in denen Pro-Kopf-Pauschalen oder Pauschalvergütungen für Behandlungsleistungen bezahlt werden, ist das Thema der arztinduzierten Nachfrage kaum von Bedeutung. Vielmehr werden dort Vergütungsregelungen gesucht, mit denen sichergestellt werden kann, dass Patientinnen erforderliche und notwendige Leistungen auch erhalten. Bei einer pauschalen Honorierung ärztlicher Leistungen entsteht bei ökonomisch rationalem Verhalten der Anreiz, die erbrachte Menge ärztlicher Leistungen zu minimieren. Im Vereinigten Königreich wird derzeit verstärkt über ergebnisorientierte Vergütung diskutiert, um Ärztinnen Anreize zu schaffen, ein gesetztes Versorgungsziel in ihrer Region trotz Pauschalvergütung zu erreichen.

Zudem kann die relative Bewertung der Einzelleistungen in der Gebührenordnung zueinander dazu führen, dass Leistungen, die schlechter bewertet sind, in zu geringem Umfang erbracht werden, da kaum Einkommen erzielt werden kann oder zumindest weniger als bei Erbringung einer besser bewerteten Leistung [Kern,2003].

Die unterschiedlichen Honorierungsformen von Ärztinnen und Krankenhäusern gelten in der Regel als ein zentraler kostensteuernder Verhaltensanreiz im Gesundheitssystem. Dabei kann unter folgenden Vergütungsformen unterschieden werden [Scheil-Adlung, 1998]:

- Einzelleistungsvergütungen
- Kopfpauschalen
- Fallpauschalen
- Gehältern
- Budgetierungen

5.4.1 Einzelleistungsvergütung

Für jede einzelne erbrachte Leistung werden Honorare bezahlt. Dabei wird der Preis entweder frei ausgehandelt, nach einer Gebührenordnung festgelegt oder vom Erreichen bestimmter Ziele abhängig gemacht (wie etwa im vereinigten Königreich seit 1990). Einzelleistungsvergütungen motivieren Ärztinnen ihr Einkommen über zusätzliche Leistungen zu erhöhen, sie wirken daher mengenausweitend. Sie bestehen in der Mehrzahl der OECD-Länder als Honorierungsform für Allgemein- und Fachärztinnen.

5.4.2 Kopfpauschale

Der Einsatz von Kopfpauschalen findet sich häufig in Ländern mit staatlichen Gesundheitsdiensten wie Dänemark, Irland und Italien, aber auch in Managed-Care-Organisationen in den USA. Sie bestehen immer in Ergänzung zu anderen Vergütungsformen. Grundsätzlich wird dabei eine Pauschale pro „eingeschriebener“ Patientin bezahlt, unabhängig davon, ob oder wie häufig die Leistung der Ärztin in Anspruch genommen wird. In Dänemark, Italien und dem Vereinigten Königreich liegt die Zahl der „eingeschriebenen“ Patientinnen zwischen 1000 und 1500 pro Ärztin. Kopfpauschalen führen dazu, dass Ärztinnen an einem zurückhaltendem Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Mitteln interessiert sind und dass Patientinnen möglichst wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Dieser kostensenkende, jedoch gesundheitlich möglicherweise schädliche Effekt kann durch das Zusammenwirken mit andern Honorierungsformen (wie Einzelleistungsvergütung) aufgehoben werden.

5.4.3 Fallpauschale

Fallpauschalen umfassen komplette Behandlungsabläufe, wie z.B. Diabetesbehandlungen in Managed-Care-Organisationen der USA oder Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen bei niedergelassenen Ärztinnen in Deutschland sowie in Frankreich. Im Krankenhausbereich werden Fallpauschalen häufiger eingesetzt. Der Anreiz zur Kosteneinsparung ist bei Fallpauschalen hinsichtlich der Mengenausweitung gegeben. Allerdings müssen die Preisstrukturen so gestaltet werden, dass sie auch dann günstiger als Einzelleistungsabrechnungen sind, wenn lediglich unwesentliche Leistungen erbracht werden.

5.4.4 Gehälter

Die ärztliche Honorierung über Gehälter findet sich bei niedergelassenen Ärztinnen z.B. in Italien, Irland und dem Vereinigten Königreich. Die Höhe der Gehälter ist in diesen Ländern nicht leistungsbezogen sondern basiert auf öffentlichen Tarifen. Leistungsausweitungen oder –senkungen können mit Gehältern wohl kaum erreicht werden.

5.4.5 Budgetierung

Budgetierungen sind Begrenzungen der Ausgabensumme, die sich in vielen Ländern vor allem im Bereich der Krankenhausfinanzierung finden. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, Budgets fest oder flexibel festzulegen, so dass keine oder nur genau definierte Kostenüberschreitungen möglich sind. Das Budget kann dabei entweder unabhängig von der erbrachten Leistung oder der Effektivität der Leistung festgesetzt werden oder in Abhängigkeit von Effektivität und Erfolg. Die Bemessung erfolgt dabei anhand der bereitstehenden Mittel oder des „Bedarfs“.

Budgetierungen beinhalten damit grundsätzlich den Anreiz, mit den zur Verfügung stehenden Mittel zu „haushalten“ bzw. bei entsprechender Ausgestaltung der Budgetierung auch Effizienzanreize. Zu knapp bemessene Budgets, wie sie u.a. in einigen Ländern mit staatlichen Gesundheitssystem zu finden sind, führen allerdings zu gesundheitlich bedenklichen Entwicklungen, wie z.B. lange Wartezeiten für lebenswichtige Behandlungen.

5.4.6 Fazit:

Die ideale Finanzierungsform gibt es nicht. Es scheint, dass immer mehr Länder auf eine Mischung verschiedener Finanzierungsformen setzen um den jeweiligen ökonomischen, kulturellen, örtlichen und sozialen Gegebenheiten gerecht zu werden.

Zum Beispiel setzen Dänemark und Holland auf eine Mischung aus Einzelleistungsvergütung und Kopfpauschale, Großbritannien und Norwegen mischen Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschalen und Gehälter, Schweden bezahlt 80% der Allgemeinmediziner mittels Gehälter, während man in Österreich fast ausschließlich über Einzelleistungsvergütung finanziert [Sprenger, 2003, S.24].

5.5 Gesundheitssysteme als Wirtschaftsfaktor

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttonutzenprodukt ist erheblich, Gesundheitssysteme stellen erhebliche Wirtschafts- und Wachstumsfaktoren dar, auch beschäftigungspolitisch kommt Gesundheitssystemen große Bedeutung zu. Der Gesundheitssektor gilt als mittelständisch geprägte arbeitsintensive Dienstleistungsbranche mit hohem Technologieanteil [Sachverständigenrat, Sondergutachten 1996].

Das Gesundheitswesen gilt als Wirtschaftsgruppe mit überdurchschnittlichem Beschäftigungswachstum. Auch für die EU-Kommission spielt das Gesundheitswesen eine wichtige Rolle hinsichtlich Wirtschaft und Beschäftigung. Immerhin arbeiten 2003 innerhalb der EU fast 10 Prozent aller Menschen in diesem Bereich. *Das Gesundheitswesen ist darüber hinaus ein dynamischer, sich rasch entwickelnder Sektor der Wirtschaft mit einem hohen Potenzial im Hinblick auf seinen künftigen Beitrag zu Wirtschaftswachstum und Beschäftigungsmöglichkeiten* schreibt die Kommission.

Der Zukunftsforscher Leo A. Nefiodow, der als einer der Vordenker der Informationsgesellschaft gilt, ist sogar überzeugt, dass Gesundheit in Zukunft der wichtigste Wirtschaftsmotor überhaupt sein und Impulse für eine ganze Epoche geben wird – ähnlich wie seinerzeit die Erfindung der Dampfmaschine, die Stahlindustrie zum

Ende des 19. Jahrhunderts oder Petrochemie und Informationstechnik im 20. Jahrhundert [Nefiodow, 2000].

Vor diesem Hintergrund stellt sich heute die Diskussion um die Politik der Verhaltensanreize zur Kostensteuerung in der Gesundheitspolitik dar. Unabhängig von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems als nationalem Gesundheitsdienst oder als Sozialversicherung wird mit Verhaltensanreizen häufig die Hoffnung verknüpft, ein Steuerungsinstrument im „Gesundheitsmarkt“ zur Verfügung zu haben.

Dabei wird davon ausgegangen, dass die Beteiligten daran interessiert sind, möglichst hohe Gewinne (Anbieterin) bzw. niedrige Preise (Nachfragerin) zu erzielen und sich damit „marktkonform“ zu verhalten, es wird also die Funktionsfähigkeit des Marktes unterstellt. Gerade diese Funktionsfähigkeit ist auf dem Gesundheitsmarkt aber nur sehr eingeschränkt gegeben: der wichtigste Marktparameter – der Preis – ist in der Regel im Gesundheitsmarkt nicht frei verhandelbar und das Leistungsangebot in der Regel festgeschrieben. Ferner ist der Gesundheitsmarkt durch Monopolbildungen, Intransparenz, Werbeverbot für Anbieter, Unkenntnis der Nachfragerinnen über das gewünschte Produkt und alternative Produkte und vieles Marktfremde mehr gekennzeichnet [Scheil-Adlung, 1998].

Diese stark eingeschränkte Funktionsfähigkeit des Gesundheitsmarktes ist – zumindest teilweise – politisch gewünscht, etwa um „bezahlbare“ Medizin und gleichen Zugang zu medizinischer Behandlung zu ermöglichen. Die durch den Wettbewerb und marktwirtschaftliche Elemente induzierten Verhaltensanreize führen aus politischer Sicht allerdings auch zu Fehlentwicklungen, die aus wirtschaftlicher Sicht durchaus als Erfolg zu betrachten sind.

So ist eine der größten „Fehlentwicklungen“ das seit Jahrzehnten ungebremste Wachstum des Gesundheitsmarktes; obgleich auf anderen Märkten herbeigesehnt und sicherlich Zeichen des wirtschaftlichen Erfolges der Anbieter, soll der Gesundheitsmarkt so gesteuert werden, dass sein Wachstum nicht stärker als das der Einnahmenseite bzw. im Gleichschritt mit dem der Wirtschaft steigt, um die Finanzierung sicherstellen zu können.

Die Selbstregulierung von Interessenskonflikten der im Gesundheitssystem vertretenen Parteien (Anbieter, Nachfragerin, Staat) wird als Zielvorstellung in der Regel nicht explizit angeführt. Sie schwingt jedoch implizit mit, wenn der Ausgleich wirtschaftlicher Interessen

über Marktmechanismen gesucht wird. So kann der wachsende Druck einflussreicher Lobbyistinnen auf Politikerinnen auf die sich selbst regulierenden Marktentwicklungen abgewälzt werden.

5.6 Soziale Gerechtigkeit von Gesundheitssystemen

Die derzeitigen Diskussion über Ressourcenverknappung auf der einen und sozialer Ausgewogenheit auf der anderen Seite machen deutlich, wie sehr unser sozial- und wohlfahrtsstaatliches System bisher von der Voraussetzung ausgegangen ist, dass wir uns in einem stetigen Wachstum befinden. Geht man von der Annahme aus, dass sich nach Ausnützung aller Einsparungspotentiale und nach Optimierung der organisatorischen Abläufe auf Dauer Rationierungen (also Reduktionen des medizinischen Leistungsspektrums) nicht vermeiden lassen, dann kommen auf die Gesundheitspolitik enorme Herausforderungen in gerechtigkeitstheoretischer Perspektive zu.

Das Knappheitsphänomen der medizinischen Güter wird durch die steigende Diskussion über die Verteilungskriterien deutlich. Der Umgang mit den Verteilungsfragen ist nicht bloß ein ökonomisches sondern auch ein ethisches Problem, weil gefordert wird, dass die Verteilung nach den Kriterien der Gerechtigkeit vorzunehmen sind. Diese Forderung nach einer gerechten Verteilung ist eng verknüpft mit den folgenden Ansprüchen der Patientinnen [Luf et al, 1998,S.61f]:

- Bestmögliche, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung
- Anspruch auf gleichen Zugang zu den Gesundheitsleistungen
- Anspruch der Patientinnen als autonomes Subjekt Anerkennung zu finden

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen Krankenbehandlung, dem Recht der Patientin auf Methodenwahl und dem ökonomischem Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel? Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Krankenversicherung mit ihrem Wirtschaftlichkeitsgebot?

Die Wurzeln des Ökonomiegebotes gehen auf eine Verordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände aus dem Jahr 1930 zurück, in der es hieß [Gyergyek E., 2003, S.8] : *Die Krankenpflege muss ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten* (Ökonomiegebot im ASVG).

Eine inhaltliche Abgrenzung des gesetzlichen Ökonomiegebotes bringt die „RöK“, die Richtlinie des Hauptverbandes über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung. § 3 Abs. 2 verpflichtet zur Leistungserbringung „nach dem jeweiligen aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft“. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Behandlung den ökonomischen Grundsatz, wenn sie geeignet ist, für die vorliegende Krankheit einen medizinischen Nutzen zu erzielen und wenn dabei die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering gehalten werden. Bei Maßnahmen der Krankenbehandlung ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen, dass von mehreren gleichwertig geeigneten Möglichkeiten die ökonomisch günstigste Möglichkeit gewählt wird.

Die Leistungspflicht endet dort, wo zwischen Maßnahme und Ergebnis der Maßnahme ein offensichtliches Missverhältnis besteht. Dies ist eine Art Missbrauchskontrolle, denn die Krankenversicherung hat das Recht, aber auch die Pflicht, eine missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen auszuschließen. Allerdings ist das Gesetz nicht als Diktat der Kosten gegenüber dem Krankenbehandlungsanspruch zu sehen.

Auch aus strafrechtlicher Sicht dürfen medizinisch nicht gebotene Leistungen nicht durchgeführt werden. Unnötige medizinische Behandlungen sind, wenn sie mit körperlichen Beeinträchtigungen für die Patientinnen verbunden sind unter bestimmten Voraussetzungen als Körperverletzungstatbestände strafrechtlich erfassbar. Auf der anderen Seite ist auch die Unterlassung einer diagnostischen Maßnahme, die geboten wäre, um die Chancen einer möglichen Heilung zu behalten, als Körperverletzungstatbestand zu werten. Hier tritt das Wirtschaftlichkeitsgebot hinter die Erfordernisse einer bestmöglichen medizinischen Behandlung zurück [Brandstetter, 1998, S.56].

Die Krankenversicherung ist verpflichtet, die Maßnahmen der Krankenbehandlung bei Eintritt von Krankheit zu erbringen. Krankheit – darunter versteht man einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht. Ziel der Krankenversicherung ist es, ihren Versicherten die Inanspruchnahme von Leistungen zu ermöglichen, aber der Anspruchsberechtigte hat kein Recht auf alles, was medizinisch möglich ist.

Unbestritten ist der allgemeine Anspruch auf eine bestmögliche medizinische Versorgung und Betreuung bei Einhaltung von vorgegebenen bzw. vereinbarten Qualitätsstandards.

Des Weiteren ist unbestritten, dass bei einem von der Allgemeinheit finanzierten Gesundheitssystem alle den gleichen Zugang zu den Leistungen haben sollen.

Am augenfälligsten wird der Solidaritätsgedanke auf der Makro- oder Systemebene verwirklicht; die Krankheitsrisikoversorge ist solidarisch organisiert, jede Krankenversicherung ist eine Solidargemeinschaft, in der die Mitglieder Lasten gemeinsam tragen und füreinander eintreten. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stehen einkommensabhängige Beiträge beitragsunabhängigen Leistungen gegenüber. Es kann also der Grundsatz gelten: „Einer für alle, alle für einen“ [Wallner, 2004, S.156]. Da jeden Menschen Krankheit und Behinderung treffen können, herrscht so etwas wie ein allgemeines Bewusstsein um dieses Risiko und eine grundsätzliche Anteilnahme mit jenen Menschen, die davon aktuell betroffen sind.

Insgesamt sorgen die Gesundheitssysteme heute für eine Versorgung der kompletten Bevölkerung, unabhängig von Einkommen, sozialer Stellung oder gesundheitlichen Risiken. Jeder soll die gleiche Chance haben, möglichst lange möglichst gesund zu leben.

Unser Sozial- und Gesundheitssystem sichert aber noch etwas: Es sorgt für eine gerechtere Verteilung aller Lasten. Reiche helfen Armen, Singles helfen Familien, Gesunde helfen Kranken, Junge helfen Alten, Eltern ihren Kindern und Berufstätige helfen jenen, die nicht arbeiten können. Die solidarische Gesundheitsversorgung ist damit zu einem wesentlichen Grundpfeiler für das Wirtschaftswachstum der vergangenen Jahrzehnte und damit für unseren Wohlstand geworden.

5.7 Stationärer Bereich

Auch wenn der Schwerpunkt dieser Arbeit im extramuralen Bereich liegt, soll doch ein grober Überblick über die Ist-Situation und die Probleme im stationären Bereich gegeben werden.

Österreich weist im internationalen Vergleich besonders viele akutstationäre Betten auf. Die Bettendichte in Oberösterreich liegt noch um 3,5 Prozent über dem österreichischen Schnitt. In der Krankenhaushäufigkeit ist Österreich mit 312 Aufnahmen pro 1000 Einwohner EU-Spitzenreiter. Kosten und Leistungen der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich stiegen in den vergangenen Jahren stark an. Wesentliche Ursache dafür

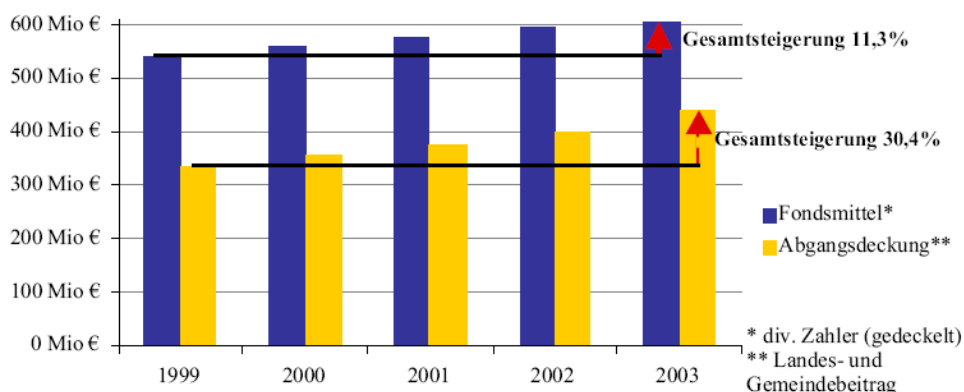
liegen in der angebotsinduzierten Nachfragen nach Gesundheitsleistungen und in der fehlenden Steuerung des Angebotes [OÖ Landesrechnungshof, 2005].

In der EU verbraucht der Krankenhausbereich etwa 45 Prozent aller Gesundheitsausgaben, in Österreich sind es sogar 47 Prozent. Zwischen 1990 und 1996 stiegen die Spitalsausgaben in den EU-Ländern um 40 Prozent, in Österreich sogar um 60 Prozent. Spitäler sind neben den Arzneimittelausgaben zu den wichtigsten Kostentreibern im Gesundheitswesen geworden. Je nach Ansatz schätzen Expertinnen, dass in Österreich zwischen 10 und 20 Prozent der Spitalsausgaben reduziert werden könnten, ohne die Qualität der Versorgung zu verschlechtern [Rümmele, 2005, S.152].

Der KRAF (Krankenanstaltenfinanzierungsfond) ist aus Beiträgen der Sozialversicherungen, des Landes, des Bundes und der Gemeinden dotiert. Die Beiträge sind an einen Index gebunden. Die Entwicklung der Beitragszahlungen ist damit von den Kostenanstiegen in den Krankenanstalten entkoppelt. Steigen die Kosten stärker an als die Fondsdotierung ergeben sich daraus höhere Betriebsabgänge, diese sind im Wege der Abgangsdeckung (finanziert zu 53 Prozent durch das Land und zu 47 Prozent durch die Gemeinden) abzudecken.

Leistungszahlungen des OÖ KRAF für stationäre und ambulante Leistungen sind zwischen 1999 und 2003 entsprechend dem Indexanstieg um 11,3 Prozent gestiegen, während die Abgangsdeckung im selben Zeitraum um 30,4% wuchs [OÖ Landesrechnungshof, 2005].

Abbildung 22: Kostensteigerungen im stationären Bereich Quelle: OÖ Landesrechnungshof 2005, Initiativprüfung, S.7



Die Finanzierung und Steuerung der stationären Leistungen erfolgt derzeit über das österreichweit geltende LKF-System.

Der oberösterreichische Rechnungshof empfiehlt eine Redimensionierung der Krankenanstaltenstrukturen. Ausgehend vom Problem der angebotsinduzierten Nachfrage („every built bed is a filled bed“) ist es entscheidend die Strukturen bedarfsgerecht vorzuhalten. Durch Angebotsinduktion kommt es sonst zur Ausschöpfung bestehender Überkapazitäten. Laut Rechnungshof könnten durch eine Angleichung der Bettendichte an den europäischen Durchschnitt 16.900 Akutbetten oder 2,9 Milliarden Euro eingespart werden [Rechnungshof, 2002, S.10].

Dazu bedarf es tiefgreifender Strukturveränderungen (z.B. Zusammenführung von Abteilungen, Veränderungen des Leistungsangebotes im Sinne einer Konzentration auf tagesklinische und elektive Leistungen) die von der Politik entgegen den regionalen Interessen durchzusetzen sind.

Ein weiteres Problem ist, dass die Erfassung von Ambulanzdaten nicht Basis für die Finanzierung der Ambulanzen ist. Die Daten unterliegen keiner Plausibilisierung und Datenqualitätskontrolle, außerdem wurde der Ambulanzkatalog in den letzten Jahren nicht weiterentwickelt, sodass neue Leistungen nicht entsprechend abgebildet sind.

Die Gesamtzahlen der Ambulanzleistungen spiegeln den Gesamttrend wider, es sind deutliche Steigerungsraten zu verzeichnen. Diese Entwicklung ist paradox weil die pauschalierte Finanzierung der Ambulanzen keine Leistungsanreize setzt.

Es besteht auch kein Zusammenhang mit dem niedergelassenen Versorgungsangebot, da die Ambulanzleistungen auch in Regionen mit dichter Versorgung (z.B. Raum Linz) ansteigen.

Es ist davon auszugehen, dass es sich zumindest zum Teil um echte Zusatzleistungen handelt, weil der Anstieg weder durch eine Leistungsverlagerung aus dem niedergelassenen Bereich noch durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung erklärt werden kann [ÖO Landesrechnungshof, 2005].

5.8 Korruption und Betrug im Gesundheitswesen

Das Wissen über Ausmaß und Facettenreichtum an Erscheinungsformen von Korruption und Betrug im Gesundheitswesen ist – jedenfalls in Österreich – ziemlich gering, die geschätzte Größenordnung jedoch höchst relevant [Rupp, 2005].

Expertinnen schätzen, dass durch Korruption im Gesundheitswesen drei bis zehn Prozent des Budgets versickern, dieses Geld fehlt in der Versorgung [Fried, 2005, S. 5-9]. Martin Kreutner, Leiter des Büros für Interne Angelegenheiten im Innenministerium hält diese Zahlen für realistisch. Rund 0,5 bis 1,7 Milliarden Euro gehen den Schätzungen nach jährlich auch dem österreichischen Gesundheitswesen durch Korruption verloren, in den EU-Staaten sollen nach Schätzungen von Ermittlern 30 bis 100 Milliarden Euro im Gesundheitsbereich durch Korruption versickern [Rümmele, 2005, S.154].

Korruption wird unterschiedlich definiert:

- Die missbräuchliche Ausübung einer übertragenen Macht- oder Entscheidungsbefugnis zur eigenen Vorteilsnahme
- Ausnutzen von anvertrauter Macht zum eigenen Nutzen

Bei der Korruption gibt es einen Täter mit Entscheidungsmacht über öffentliche oder private Belange und einen Täter, der die Entscheidungsbefugnis beeinflussen will, um eine bestimmte Entscheidung in seinem Interesse herbeizuführen. Geschädigte sind auf den ersten Blick oft schwer auszumachen [Transparency Deutschland, 2004].

Oft wird die Meinung vertreten, dass Korruption Win-Win-Situation schafft, in Wahrheit gibt es natürlich auch Verlierer, und das sind im Regelfall wir alle. Deshalb muss Korruption im Medizinbereich geächtet werden. Es ist unmoralisch und unanständig, sich an einem System zu bereichern, das Menschen mit geringem Einkommen immer mehr belastet.

Aktuell wird in Österreich die Legitimität von Naturalrabatten für Medikamente von hausapothekenführenden Ärztinnen heiß diskutiert. Abseits von strafrechtlicher Relevanz stellt sich hier die Frage nach ethischen Werten, denn diese Rabatte zahlt die Gesellschaft durch überhöhte Heilmittelpreise.

Weitere Beispiele für mögliche Korruption sind pharmafinanzierte ärztliche Fort- und Weiterbildungen. Die frühere Chefredakteurin des renommierten New England Journal of

Medicine, Marcia Angell, hat jüngst in ihrem Buch „The Truth about the Drug Companies“ schwere Vorwürfe erhoben: *Firmen verfahren nach dem Prinzip: Essen, Schmeicheln, Freundschaft und Geld. Ärzte gewöhnen sich an die Geschenke und an das Sponsoring. Sie werden täglich von Pharmavertretern besucht, die Geschenke für Mitarbeiter oder Essen für die Krankenhausbelegschaft mitbringen.*

Die Hersteller von Pharmaprodukten und Medizingeräten spüren weltweit starken Konkurrenzdruck. Die Qualität der Produkte unterscheidet sich meist nur marginal, so müssen andere Wege gefunden werden, um Ärztinnen und Apothekerinnen für ihre Waren zu gewinnen: Kostenlose Arzneimittelmuster, Geräte, Sonderrabatte, Aufträge für Gutachten, Honorare für Vorträge und Prämien für Anwendungsbeobachtungen sollen die Medizinerinnen beeinflussen. Ärztinnen können durch Geschenke oder andere Vergünstigungen in eine schwer zu kontrollierende Abhängigkeit von der Pharmaindustrie und von anderen Warenanbieterinnen gelangen, Dadurch wird oft der Preis- und Leistungswettbewerb beeinträchtigt, die optimale Therapieauswahl behindert und damit das gesamte System geschädigt [Transparency Deutschland, 2004, S.27].

Legionen von Medizinprofessoren stehen auf den Gehaltslisten der Konzerne und gehen bei Pressekonferenzen oder in Expertenkommentaren gern an die Öffentlichkeit, um mit ihrem ganz professionellen Gewicht zur Gegenleistung anzutreten. Dass es sich beim Statement des Experten um einen bezahlten PR-Auftritt handelt, wird dabei nicht an die große Glocke gehängt [Langbein et al., 2003, S.335]. Die Berliner Fachzeitschrift „Arznei-Telegramm“ schreibt ganz unverblümt von der weit verbreiteten Korruption medizinischer Meinungsbildner [Langbein et al., 2004, S.15].

Aber nicht nur Health Professionals werden umworben. Auch Selbsthilfegruppen werden immer stärker mit finanziellen Zuwendungen von einzelnen Firmen bedacht. Sie sind dankbar, weil dies oft der einzige Weg ist, ihrem Anliegen eine Breitenwirkung zu verleihen, allerdings laufen sie damit Gefahr, unwissend oder gewollt in eine firmenspezifische Abhängigkeit zu geraten, die Nachteile für ihre Mitglieder und das Gesundheitswesen haben können, warnt Transparency International (www.transparency.org).

Auch Medizinjournalistinnen stehen in der vordersten Reihe der Umgarnen. Auf luxuriösen Veranstaltungen sollen sie zu positiven Berichten motiviert werden. Als besonders problematisch wird das Pharmamarketing in TV-Ratgebersendungen eingestuft. Das schüre die Begehrlichkeit der Patientinnen für Diagnosen und Therapien,

die oft überflüssig oder sogar schädlich sind. Kritik gibt es auch an den wissenschaftlichen Fachzeitschriften, deren Beiträge durch die finanzielle Abhängigkeit von der Herstellerwerbung gesteuert werden.

5.9 Finanzierung und Steuerung

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt aus mehreren Quellen. Die Zuständigkeit der finanzierenden Institutionen ist unterschiedlich geregelt. Problematisch ist dabei die getrennte Finanzierung und Steuerung der Krankenanstalten, des Bereichs der niedergelassenen Ärztinnen und der Pflege. Grundsätzlich kommt für den niedergelassenen Bereich den Sozialversicherungen und für die Fondskrankenanstalten dem KRAF (Krankenanstaltenfinanzierungsfond) die Hauptverantwortung zu. Eine Detailanalyse zeigt ein sehr komplexes Geflecht von wechselseitigen Verpflichtungen und Abhängigkeiten.

Das österreichische Gesundheitssystem umfasst– je nach Berechnung – zwischen 7,6 und 9,1 Prozent des Brutto-Inlandsproduktes. Es verwundert also auch nicht, dass dieses äußerst komplexe und stark ausdifferenzierte System eine Vielzahl an beteiligten Strukturen und Finanziers umfasst [Schmadlbauer, 2005, S.85ff].

Expertinnen kritisieren seit Jahren, dass in Österreich kaum verwertbare Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung gesammelt werden, man weiß wenig über Risikogruppen oder darüber, ob bestimmte Krankheiten mehr oder weniger häufig auftreten. Im Gesundheitswesen werden also in Österreich pro Jahr 22 Milliarden Euro ausgegeben, ohne zu wissen, ob das Geld sinnvoller eingesetzt werden könnte. Damit lässt sich auch nicht steuern, welche Maßnahmen in der Gesundheitspolitik und welche Behandlungsformen in der Medizin nötig sind. Über Letztere entscheiden alleine Ärztinnen und die verdienen an all dem, was sie den Menschen vorschlagen.

Immer wieder taucht der Vorwurf auf, dass das Gesundheitssystem enorme Ineffizienzen aufweist. Wo viel Geld ist, wird auch viel verschwendet. Einerseits versuchen verschiedene Gruppen, möglichst große Stücke aus dem gigantischen Kuchen für sich herauszuschneiden, andererseits ist das System aufgrund der Größe und Komplexität auch weitgehend immun gegen Reformversuche. Diese Resistenz dürfte auch eine der eigentlichen Krankheitsursachen des Gesundheitssystems sein [Rümmele, 2005, S. 143].

Die Hauptlast der Finanzierung im österreichischen Gesundheitssystem trägt die soziale Krankenversicherung aus den Beitragseinnahmen der Versicherten und ihrer Dienstgeberinnen. Der Steueranteil am österreichischen Gesundheitswesen ist vergleichsweise gering und verteilt sich auf Bund, Länder und Gemeinden, wobei Steuermittel fast ausschließlich in die Finanzierung des intramuralen Bereichs, also in den Spitalssektor, fließen.

Die Steuereinnahmen stammen zum Teil aus den Umsatzsteuereinnahmen, ein großer Teil aber aus den allgemeinen Staatseinnahmen. Auch in diesem Bereich ist zu beachten, dass Österreich einen sehr dominanten Anteil seiner Steuereinnahmen als Steuern vom Einkommen und als Steuern von der Lohnsumme bezieht, während die Steuern vom Vermögen vergleichsweise minimal ausfallen.

Bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass die Finanzierungsprobleme der sozialen Krankenversicherung und des Gesundheitswesens primär im Bereich der Beitragseinnahmen liegen.

Abbildung 23: Entwicklung des BIP zu den Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen der OÖGKK (1999: Index = 100) Quelle: Strategische Bilanz der OÖGKK 2004

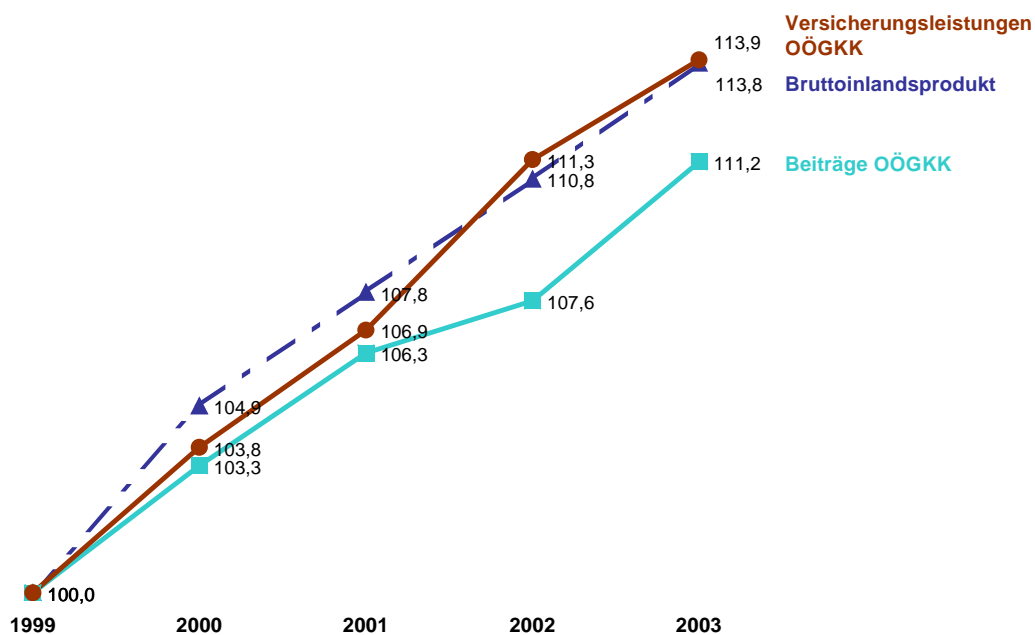


Tabelle 1: BIP, Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherung der Unselbstständigen

Quellen: Statistisches Jahrbuch 2005, Statistik Österreich, Statistisches Handbuch der Sozialversicherung 2004

	BIP zu lfd. Preisen		Arbeitnehmerentgelt		Beitragseinnahmen KV der Unselbst.		Versicherungsl. KV der Unselbst.		Versicherungsl. KV der Unselbst. USt-korr.	
	In Mio. Euro	Index	In Mio. Euro	Index	In Mio. Euro	Index	In Mio. Euro	Index	In Mio. Euro	Index
1993	160.275	100,00	86.964	100,00	5.991	100,00	6.275	100,00	6.275	100,00
1994	168.943	105,41	90.724	104,32	6.344	105,88	6.676	106,39	6.676	106,39
1995	175.526	109,52	93.939	108,02	6.616	110,42	7.036	112,13	7.036	112,13
1996	181.872	113,47	94.962	109,20	6.829	113,98	7.158	114,07	7.158	114,07
1997	185.141	115,51	96.538	111,01	6.940	115,84	7.446	118,66	7.164	114,75
1998	192.384	120,03	100.069	115,07	7.119	118,82	7.800	124,30	7.483	120,39
1999	200.025	124,80	103.665	119,20	7.247	120,96	8.311	132,45	7.960	128,01
2000	210.392	131,27	107.221	123,29	7.462	124,55	8.599	137,04	8.232	132,29
2001	215.593	134,51	109.325	125,71	7.665	127,93	8.876	141,46	8.457	134,78
2002	221.008	137,89	111.298	127,98	7.771	129,70	9.202	146,65	8.765	139,68
2003	226.142	141,10	113.752	130,80	7.959	132,84	9.427	150,24	8.956	142,72

Während sich das BIP zu laufenden Preisen in den Jahren 1993 bis 2003 um 41,1 Prozent gesteigert hat, bleiben die Arbeitnehmerinnenentgelte im selben Zeitraum mit einer Steigerung von 30,8 Prozent weit zurück. Bei den Beitragseinnahmen der Krankenversicherung der Unselbstständigen, die gut 80 Prozent der Gesamteinnahmen ausmachen, zeigt sich sehr deutlich, wie eng die Finanzierung der Krankenkassen an die Entwicklung der Löhne und Gehälter gekoppelt sind. Aufgrund geringfügiger gesetzlicher Änderungen im Bereich der Beiträge konnten die Krankenkassen mit 32,8 Prozent ein leicht höheres Beitragswachstum verzeichnen als die Löhne und Gehälter gestiegen sind. Die Leistungsausgaben der Krankenversicherung sind mit rund 42 Prozent nur geringfügig stärker gestiegen als das BIP.

Das Kernproblem in der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ist die Schere zwischen den Gesundheitsausgaben, die sich leicht stärker entwickeln als das BIP und den Beitragseinnahmen, die – wie die Löhne und Gehälter – weit hinter der Dynamik des BIP zurückbleiben. Langfristig sichert nichts das Gesundheitssystem so nachhaltig, wie eine gute Beitragsentwicklung, die wiederum an den Löhnen und Gehältern der Arbeitnehmerinnen hängt. Zentrale Hebel sind in diesem Zusammenhang Vollbeschäftigung, eine der Produktivitätssteigerung angemessene Lohn- und Gehaltsentwicklung und die volle Integration der atypischen Beschäftigungsverhältnisse in das System der sozialen Sicherheit.

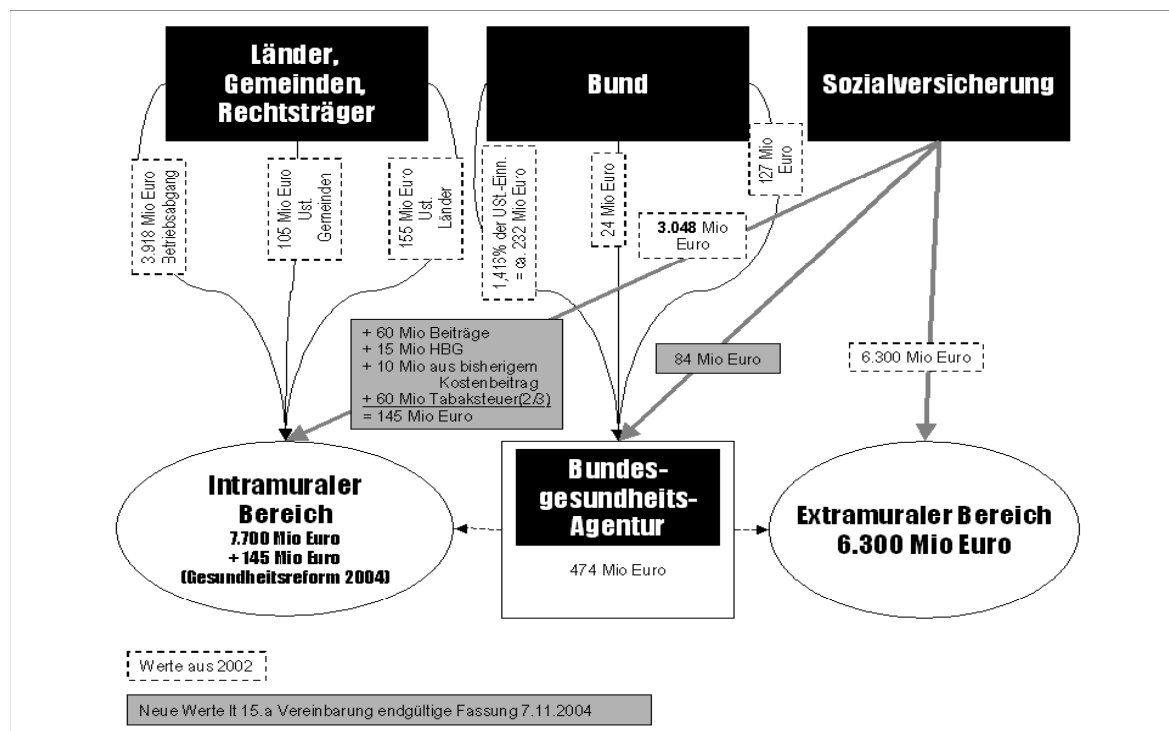
Die Alterung unserer Gesellschaft wird mit Sicherheit für einen höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen sorgen. Dieser Effekt dürfte aber auch deutlich überschätzt werden. Der Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Bedarf an medizinischer Betreuung ist hinlänglich bekannt – Schätzungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger gehen für die Gruppe der über 80-jährigen von 6 mal so hohen Durchschnitts-Gesundheitskosten je Kopf aus als bei 20 – 29-jährigen. Allerdings wächst

mit der zunehmenden Lebenserwartung nicht nur die Gruppe der älteren Personen in einer Gesellschaft, sondern steigt gleichzeitig auch die Zeit, die einem Menschen ohne (mehrere) schwere Krankheiten und Leiden zur Verfügung stehen. Anders ausgedrückt ist es vor allem die letzte Lebensphase vor dem Tod, die im Gesundheitswesen zu hohen Kosten führt. Dieser Effekt ist aber weitgehend unabhängig davon, in welchem Alter diese letzte Lebensphase eintritt.

Unterschätzt wird hingegen regelmäßig die ausgabentreibende Wirkung des medizinischen Fortschritts, der nach Schätzungen die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen selbst bei konstantem Bruttosozialprodukt und konstanter Lebenserwartung um ein Prozent pro Jahr steigen lässt [Breyer, 2000].

Der extramurale Sektor, also die Versorgung bei niedergelassenen (Fach-) Ärztinnen, Therapeutinnen und anderen medizinischen Berufsgruppen wird fast ausschließlich aus Sozialversicherungsmitteln finanziert, nur ein sehr kleiner Anteil aus Steuermitteln (vor allem aus der Tabaksteuer). Im Spitalsbereich steht dem eine Mischfinanzierung gegenüber, wobei auch hier fast die Hälfte der Mittel von der sozialen Krankenversicherung kommen. Im Gegensatz zum extramuralen Bereich haben die Krankenkassen im Spitalsbereich aber – trotz ihrer dominanten Finanzierungsleistung – nach wie vor kaum Mitbestimmungs- und Steuerungsmöglichkeiten.

Abbildung 24: Mittelströme im österreichischen Gesundheitswesen Quelle: Paschinger, Schmadlbauer auf Basis einer Darstellung des BMGF (2004)



Steuerung setzt jedenfalls voraus, dass Ziele vorhanden sind und die Beteiligten sich über diese Ziele auch im Wesentlichen einig sind. Schon auf dieser noch sehr abstrakten Ebene taucht das erste wichtige Defizit auf. Während sich im Bereich der Krankenversicherung Instrumente wie die Orientierung an gesundheitspolitischen Zielen, Kostencontrolling und die Balanced Scorecard immer deutlicher durchsetzen, fehlen im Bereich der Länder für den Spitalsbereiche diese Instrumente und Orientierungen noch fast vollständig. Da die Länder zwar den Spitalssektor mehr oder weniger alleine steuern, ein Großteil der Mittel aber von den Krankenversicherungsträgern stammt, wird im Sinne einer einheitlichen Steuerung nach gesundheitspolitischen Zielen immer wieder gefordert, vor allem die Krankenkassen mit ihrer nachweislichen Steuerungskompetenz stärker in die Spitalssteuerung einzubeziehen. In wie weit die Gesundheitsreform 2004 mit der neuen Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsplattformen hier Fortschritte bringen wird, bleibt noch abzuwarten [Schmadlbauer, 2005, S.11].

Neben diesem grundsätzlichen Problem wird dem österreichischen Gesundheitswesen attestiert, dass Mehrfachuntersuchungen, das Hin- und Herschieben von Leistungen zwischen Spitälern und extramuralem Bereich sowie andere Schnittstellen im Gesundheitswesen zentrale Probleme wären. Seriös quantifiziert werden diese Probleme aber nicht.

Für den extramuralen Bereich gilt, dass die Vertragsärztinnen eine Schlüsselrolle spielen. Sie entscheiden in aller Regel darüber, welche Leistungen für die Patientinnen erbracht werden, über den Medikamenteneinsatz, ob und zu welcher Fachärztin, Labor oder Spital überwiesen wird. Wesentlich ist, dass Ärztinnen in diesem Dreieck zwar Entscheidungsmacht besitzen, in der Regel aber keine finanzielle Verantwortung für ihre Entscheidungen zu tragen haben. Verhaltensanreize für ein gesundheitspolitisch effektives und im positiven Sinn sparsames Verhalten können von der Krankenversicherung nicht vorgeschrieben werden, sondern müssen in Verhandlungsform in die Gesamtverträge zwischen Ärztekammer und Krankenversicherung eingebracht werden. Gesundheitsökonomische Grundlagenarbeit, Controllingsysteme, moderne Datawarehouse-Technologie und Kommunikation spielen hier entscheidende Rollen.

Aufgrund der entkoppelten Finanzierung und Steuerung der Versorgungsbereiche entwickeln die Financiers unterschiedliche Zielsysteme. In Wahrnehmung ihrer

Verantwortung orientieren sie sich stärker an den Interessen ihrer Institutionen als an übergeordneten Zielen für das Gesamtsystem.

Die folgende Abbildung zeigt die zu erwartenden Effekte von Versorgungsmodellen wie Disease Management und Hausärztinmodellen. Investitionen in Leistungsoptimierung im niedergelassenen Bereich lassen Einsparungen im Bereich der Krankenanstalten erwarten. Im bestehenden Finanzierungssystem würde das Investitionen im Sozialversicherungsbereich bedeuten, während Effizienzgewinne primär dem Land zugute kämen.

Abbildung 25: Darstellung der zu erwartenden Kosteneffekte innovativer Versorgungsmodelle Quelle: OÖ Landesrechnungshof 2005, Initiativprüfung, S.21

<i>Kostenträger</i>		Hausarztmodell	Disease Management Programme
Allgemeinmedizinerinnen Allgemeinmediziner	<i>Sozialversicherungen</i>	↑	↑
Fachärztinnen Fachärzte	<i>Sozialversicherungen</i>	↓	↓
Medikamente	<i>Sozialversicherungen</i>	—	↓
Krankenanstalten	<i>Oö.KRAF Land Gemeinden</i>	↓	↓

Legende: Abschätzung der Kosteneffekte

↑ primäre Kostensteigerung

↑ Sekundäre Kostensteigerung

↓ primäre Kostensenkung

↓ Sekundäre Kostensenkung

— keine Veränderung

Das Disease-Management Pilotprojekt DIALA (strukturierte Diabetesbetreuung in ländlichen Regionen) hat diese Einschätzung eindrucksvoll bestätigt [Reif et al., 2005].

Die im Jänner 2004 veröffentlichten Gesundheitsausgaben für das Jahr 2002 betragen 16,8 Mrd. Euro. Dies entsprach einer BIP-Quote von 7,7 Prozent. Nach Schätzungen des IHS (Institutes für höhere Studien) sind die Gesundheitsausgaben um mindestens drei Mrd. Euro unterschätzt. Wenn die Ausgaben der Länder für die Fondskrankenanstalten einbezogen werden erreichten die Gesundheitsausgaben ein Niveau von 19,6 Mrd. Euro, was einer BIP-Quote der Gesundheitsausgaben von 9,1 Prozent entspricht.

Österreich rangiert damit im EU-Vergleich etwa in der Höhe von Frankreich und liegt somit über dem gewichteten EU-Durchschnitt, der im Jahr 2001 8,6 Prozent betrug [Hofmarcher et al., 2004b, S.7].

Abbildung 26: Gesundheitsausgaben und deren Finanzierungsträger

Quelle: Hofmarcher et al., 2004b, S.7

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gesundheitsausgaben (Statistik Austria), nominell, Mio. Euro	14.081	14.860	13.839	14.644	15.378	15.994	16.238	16.806
In Prozent des Bruttoinlandsproduktes	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
Gesundheitsausgaben (IHS HealthEcon), nominell, Mio. Euro	15.615	16.389	15.986	16.884	17.679	18.455	19.008	19.610
In Prozent des Bruttoinlandsproduktes	9,1	9,2	8,8	8,9	9,0	8,9	9,0	9,1
Finanzierung der Gesundheitsausgaben (IHS HealthEcon) nominell, Mio. Euro								
Soziale Krankenversicherung	7.608	7.695	7.852	8.187	8.691	9.015	9.315	9.643
Private Haushalte (private Zahlungen und Selbstbehalte)	4.350	4.821	4.930	5.305	5.582	5.787	6.205	6.303
Staat	3.657	3.872	3.203	3.392	3.406	3.654	3.487	3.664
Index 1995=100								
Soziale Krankenversicherung	100	101	103	108	114	118	122	127
Private Haushalte (private Zahlungen und Selbstbehalte)	100	111	113	122	128	133	143	145
Staat	100	106	88	93	93	100	95	100
In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben								
Soziale Krankenversicherung	48,7	47,0	49,1	48,5	49,2	48,8	49,0	49,2
Private Haushalte (private Zahlungen und Selbstbehalte)	27,9	29,4	30,8	31,4	31,6	31,4	32,6	32,1
Staat	23,4	23,6	20,0	20,1	19,3	19,8	18,3	18,7

Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Im Zuge von Gesundheitsreformen wird die Frage welcher Kostenanstieg im Gesundheitswesen erschwinglich ist heiß diskutiert. Dabei orientiert sich die „Erschwinglichkeit“ stark an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Der steigende Finanzierungsbedarf für das Gesundheitswesen hat auch Verteilungskonsequenzen. Die obige Tabelle zeigt, dass private Haushalte verstärkt zur Finanzierung beitragen. Diese Verschiebung ist besonders auch im Lichte der wachsenden Erkenntnisse über die sozioökonomischen Unterschiede im Gesundheitszustand zu beachten.

6 Ethik und Gesundheitsökonomie

Die Gesundheitssysteme haben Probleme, deren Ursachen überall ähnlich sind, unabhängig von ihrer Struktur und Finanzierung. Die Systeme tun genau das, was sie eigentlich sollten – sie sorgen dafür, dass möglichst viele Menschen möglichst lange und möglichst gesund leben.

Eines der größten Probleme ist, dass es in den Gesundheitssystemen keine Anreize für die Anbieterinnen gibt, ihre Leistungen und Produkte möglichst günstig herzustellen. Ihre primäre Aufgabe sehen Gesundheitsversorgerinnen darin, Gesundheit zu produzieren – egal, was es kostet. Auch Ärztinnen versorgen ihre Patientinnen nicht nur uneigennützig sondern verfolgen als Unternehmerinnen auch betriebswirtschaftliche Interessen. Zahlreiche Studien belegen, dass eine größere Ärztedichte mit höheren Kosten in einer Region einhergeht. Die Wiener Gebietskrankenkasse hat errechnet, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Zahl der Ärztinnen in einer Region und den Spitalsaufnahmen gibt: je mehr niedergelassene Ärztinnen, umso mehr Einweisungen [Rümmele, 2005, S.43].

Das moderne Gesundheitssystem ist von einer Vielzahl unterschiedlicher, zum Teil auch gegensätzlicher Ziele geprägt. Menschen zu helfen ist der primäre Zweck, jedoch müssen damit nicht nur die Patientinnen gemeint sein; Hilfe bietet das System auch aus wirtschaftlicher Sicht, indem es einer der bedeutendsten und am raschesten wachsenden Arbeitsbereiche ist. Hinter dem Gesundheitssystem stecken daher auch klare arbeitsmarktpolitische Interessen

Die Ziele, die mit dem Gesundheitssystem verfolgt werden sind sehr differenziert und gehen über die klassische Auffassung der Wiederherstellung der Gesundheit (Heilung) in einer Zweierbeziehung zwischen Patientin und Ärztin hinaus. Die Gesundheitspolitik muss durch geeignete Spielregeln dafür sorgen, dass sich die unterschiedlichen Interessen in Kooperation einbringen können, zum Vorteil aller Beteiligten und vor allem zum Vorteil der in dieser Konstellation am schlechtest Gestellten, nämlich der Patientin [Wallner, 2004, S.9f].

Die Frage einer „gerechten“ Mittelverteilung (Allokation von begrenzten Ressourcen), spielt derzeit in der gesundheitspolitischen Diskussion aller Wohlfahrtsstaaten eine prominente Rolle. Ressourcenknappheit entsteht, wenn der Bedarf größer ist als die vorhandenen Mittel und zieht sich durch alle Lebensbereiche.

Entscheidungen über knappe Ressourcen werden ständig getroffen, von jedem/jeder Einzelnen und jeder Gesellschaft. Im Gesundheitsbereich vor allem von den Ärztinnen vor Ort. Begriffe wie: „Ressourcenknappheit, Rationalisierung vor Rationierung, Stabilisierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben bei 5,5% des Bruttoinlandsproduktes bis zum Jahr 2010 (Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat am 20. August 2003, vgl. Wirtschaftsblatt vom 13.9.2003), Prioritäten in der medizinischen Versorgung, Effektivität und Effizienz, faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen“ begleiten heute die Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitssystems [Said et al., 2004, S.31ff].

Daraus entstehen viele Fragen:

- Können wir uns im Gesundheitswesen finanziell wirklich alles leisten?
- Darf Gesundheit in Geldwerten gemessen werden?
- Soll Gesundheit in Geldwerten gemessen werden?
- Kann Gesundheit überhaupt in Geldwerten gemessen werden?
- Wie sind die Prioritäten im Spannungsverhältnis „Gesundheit und Finanzen“ zu setzen?
- Wer ist verantwortlich für die „Kosteneindämmung“ im Gesundheitswesen?
- Und wo bleibt die Ethik?

Eine der größten sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre wird der Anstieg von alten und hoch betagten Menschen sein. Extrem starke Zuwächse wird die Altersgruppe der über 80-Jährigen erleben, während die Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen kontinuierlich schrumpfen wird. Diese Entwicklungen stellen das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen, insbesondere was die Langzeit- und Altenpflege betrifft. Ob hingegen ältere Menschen gemessen an jungen heute relativ mehr oder relativ weniger Gesundheitsausgaben pro Kopf verursachen ist nicht eindeutig zu sagen [Wallner, 2004, S.16ff].

Ein System, das seine Mittel (egal ob man die Krankenkassenbeiträge oder die Steuereinnahmen betrachtet) zu einem Großteil von der Erwerbsarbeit generiert, stößt an Funktionsgrenzen, wenn diese Grundlage zunehmend erodiert. Wenn die Wirtschaft stark wächst, ist es leicht, Mehrausgaben zu finanzieren und zu rechtfertigen.

Die Frage nach den Gesundheitsausgaben ist ein sehr „heißes Thema“, denn es ist keineswegs klar, warum hier mit welchen Daten operiert wird und welche Konsequenzen sich daraus ergeben sollen. Ein internationaler Vergleich der Gesundheitsquoten des BIP

(also jenes Teils, den eine Volkswirtschaft für ihre Gesundheit ausgibt) ergibt zwar ein (mehr oder weniger genaues) Ranking, an dessen Spitze die USA, gefolgt von der Schweiz und Deutschland, stehen; die Gesundheitsquote gibt aber keinerlei Aufschluss über die Qualität der Gesundheitsversorgung oder den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Generell ist es so, dass die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren stärker als das BIP-Wachstum gestiegen sind, das bedeutet, dass ein immer größer werdender Teil der Produktivität für Gesundheit ausgegeben oder – in einer anderen Betrachtungsweise – für Gesundheit investiert wird.

6.1 Ethik

Unter Ethik (oder synonym: Moralphilosophie) versteht man die philosophische Reflexion auf das Handeln im Kontext der Sittlichkeit. Ethik ist somit die Reflexionswissenschaft der Moral [Wallner, 2004, S.27ff].

Medizin wird öfter als „Heilkunst“ verstanden. Der Begriff des „Heils“, der darin steckt, ist ein zutiefst menschliches Verlangen. Jeder Mensch sehnt sich nach:

Körperlichem Heil:

Verletzungen, Gebrechen, Schmerzen erschweren eine volle Entfaltung des Menschen

Psychischem Heil:

Depressionen, Neurosen, Psychosen, Angst lähmen den Menschen in seiner personalen Entfaltung

Sozialem Heil:

zerrüttete Familien, ein fehlendes soziales Hilfsnetz, eine zerstörte ökologische Umwelt etc. sind schließlich genauso für Gesundheit bzw. Krankheit ausschlaggebend

Die technologischen Entwicklungen in der Medizin haben vielfache Wirkungen:

- Sie helfen, mehr Krankheiten besser zu bewältigen
- Sie schaffen Arbeitsplätze und Kooperationsgewinne
- Ihre Effektivität ist aber nicht immer eindeutig belegbar
- Sie erzeugen bestimmte Erwartungshaltungen, die nur zum Teil erfüllt werden können
- Sie führen nicht nur zu mehr Leistungen, sondern auch zu einem erhöhten Ressourcenverbrauch (da das Schwergewicht auf der Produktinnovation liegt)

Die technologische „Wissensexpllosion“ trifft sowohl die Einzelne (Ärztin und Patientin) wie auch das System als Ganzes unvorbereitet. Beide Seiten stehen vor der Herausforderung, das Neue in die bisherigen Vorstellungen und Abläufe zu integrieren, dabei ist darauf zu achten, dass man den „Wald vor lauter Bäumen“ nicht verliert.

6.1.1 Mensch und Gesellschaft

Medizinökonomische Gerechtigkeitstheorien setzen stets ein Menschenbild und ein Grundverständnis von Krankheit und Gesundheit voraus, das keineswegs kulturneutral, sondern soziokulturell werthaltig ist [Körtner, 2002, S.72]. Was Gesundheit und was Krankheit ist bestimmt sich aus unterschiedlichen Wertungen. Die Begriffsbestimmung ist dabei geschichts- und kulturabhängig und findet ihre Basis im Menschen- und Gesellschaftsbild. Was mit Gesundheit und Krankheit gemeint ist, kann daher nicht abschließend bestimmt werden, sondern muss stets neu thematisiert werden, um die Institutionen des Gesundheitssystems dementsprechend zu gestalten.

René Descartes vergleicht den menschlichen Körper mit einer Maschine aus verschiedenen Teilen, die zusammen zwar einen komplizierten Mechanismus bildeten, jedoch einzeln betrachtet werden müssten [Descartes, 1996]. Das statistische Modell von Gesundheit und Krankheit, das sich auf der empirischen Basis entwickelte, beschreibt das Pathologische vom Normalen und zwar mit den Vorsilben „hyper“ und „hypo“. Krankheit ist die Abweichung von der statistischen Norm [Malherbe, 1990]. Das biomedizinische Modell betrachtet Krankheit als Funktionsstörung und Medizin als Reparatur derselben [Boorse, 1977].

Auch die WHO-Definition von Gesundheit „ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche ist überaus werthaltig. Dieser Gesundheitsbegriff kann dazu führen, dass *jede Beeinträchtigung des Wohlbefindens als Verhinderung von Glück, als Einschränkung sinnhaften Lebens und somit ausschließlich negativ bewertet wird* [Körtner, 2002, S.58]. Eine derartige Interpretation würde die Erwartungshaltung und das Anspruchsdenken gegenüber der Medizin so verstärken, dass sie in jedem Fall scheitern müsste. Die WHO-Definition kann daher sinnvoll nur als leitende Vision verstanden werden, die „Gesundheit“ nicht nur negativ als „Abwesenheit von Krankheit“ beschreibt [Wallner, 2004, S.57ff].

Nicht allein durch die genetischen Verfahren, wohl aber wesentlich von ihnen bestimmt, tut sich eine Schere zwischen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten auf, die

zu überzogenen Erwartungen führen. Die Folge ist ein Anspruchsdenken, welches davon ausgeht, dass jede Betroffene das Recht auf eine Therapie hat, wenn ihr eine Krankheit diagnostiziert wurde. Die Ausdehnung der technischen Möglichkeiten führt zu einer Ausdehnung der Erwartungshaltungen, Verantwortlichkeiten und Ansprüche.

Die Patientin ist diejenige Rolle, um die sich das gesamte Gesundheitssystem dreht; ohne Patientin gäbe es kein Gesundheitswesen. Die Patientin unterscheidet von einer bloßen Kranken, dass sie medizinische Hilfe aufsucht bzw. erhält. Die Patientin ist wie alle Akteurinnen im Gesundheitswesen auch interessengeleitet. Ihr Hauptinteresse besteht darin, ihre Gesundheit wiederherzustellen oder – wenn dies nicht möglich ist – die chronische bzw. nicht heilbare Krankheit mit möglichst viel Lebensqualität zu verbinden. Sie handelt rational, wenn sie dazu medizinische Hilfe aufsucht. Diese Rationalität der Patientin ist aber beschränkt – und zwar tendenziell stärker als die anderer Akteurinnen. Das hat seinen Grund in der Informationsasymmetrie.

Die Menschen können aus folgenden Gründen nicht als souveräne Konsumenten am Gesundheitsmarkt auftreten [Breyer et al., 1999, S.156-160]:

- Unfähigkeit zu rationaler Entscheidung
eine Krankheit bedeutet eine menschliche Ausnahmesituation, die Betroffenen in ihrem Denken und Handeln einschränkt
- Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse
- Unvollkommene Information
die klassische Markttheorie setzt vollständige Information voraus, um das Angebot-Nachfrage-Gleichgewicht herzustellen

Auf Gesundheitsdienstleistungen trifft eine Reihe von Besonderheiten zu [Wallner, 2004, S.68]:

- Dienstleistungen sind nicht lagerfähig, dadurch entstehen temporäre Über- und Unterauslastungen von Kapazitäten → schwere Planbarkeit und hohe Fixkosten
- Für Dienstleistungen gilt das Uno-Actu-Prinzip, die Produktion ist nur durch das Zusammenwirken von Anbieterin und Nachfragerin möglich
- Die Dienstleistungsproduktion ist relativ arbeitsintensiv, was zu hohen Personalkosten führt → der Gesundheitssektor ist zu einem der bedeutendsten Arbeitsmärkte geworden
- Es besteht eine asymmetrische Informationsverteilung → Anbieterdominanz
- Gesundheitsdienstleistungen sind ein Eventualbedarf

6.1.2 Verfahrensethik

Gesundheitspolitik sollte im Konsens geplant und umgesetzt werden, wobei man unter Konsens die Übereinstimmung aus guten Gründen versteht. Ein leistbares, gut funktionierendes Gesundheitssystem trägt wesentlich zur Stabilität einer Gesellschaft bzw. eines Staates bei, weil es eine Absicherung gegenüber dem existenziellen Risiko einer Krankheit bietet [Wallner, 2004, S.74ff].

Partizipation der Beteiligten und zielorientierte Prozesse sind wichtige Faktoren für ein funktionierendes Gesundheitssystem.

Unter Partizipation versteht man die freiwillige Beteiligung von Betroffenen an Entscheidungsprozessen [Honecker, 2000, S.827]. Partizipation ist ein notwendiges aber schwieriges Unterfangen, es drohen Gefahren, die den Partizipationsprozess degenerieren lassen:

- Manipulation und Vereinnahmung
- Tabuisierung
- „Expertokratie“

Definierte Ziele sind vielfach die Bedingung der Möglichkeit für eine Gesundheitsberichterstattung sowie die Grundlage der Erfolgsbewertung (Evaluierung) von gesundheitspolitischen Maßnahmen. Nur wenn man weiß, wohin man möchte, lässt sich auch bestimmen, wie weit man noch davon entfernt ist. Wenn Ziele mit Zielorientierung verbunden werden, dann sind sie wesentlicher Bestandteil eines effizienten Prozesses (ohne dass damit aber Qualität und Effektivität automatisch sichergestellt wären!).

Für die Zielfindung müssen zahlreiche Fragen diskutiert und beantwortet werden:

- was gehört zu den unaufgebbaren Lebenszielen eines jeden Menschen?
- Wie lässt sich Lebensqualität näher bestimmen und welche Rolle spielt dabei die Gesundheitsversorgung?
- Welche Verantwortung und welche Autonomie sollen die Menschen haben?
- Wie konkurrenziert das Ziel Gesundheit mit anderen Lebenszielen und welche Prioritätensetzungen lassen sich festmachen?
- Welche Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit möchte die Gesellschaft verwirklicht sehen (z.B. in der Einstellung zu Behinderungen)?
- Welche medizinischen Leistungen müssen von einem Gesundheitssystem unbedingt, zu jeder Zeit und für jeden bereitgestellt werden können?

- Ist das medizintechnisch Mögliche auch das normativ Anzustrebende?
- Welche Einrichtungen müssen in welcher Dichte existieren, um die grundlegenden Bedürfnisse der Bevölkerung in der Gesundheitsversorgung befriedigen zu können?
- Wie lässt sich sicherstellen, dass eine Patientin die richtige Anlaufstelle bzw. den richtigen Weg im Gesundheitssystem findet?
- An welchem Ort im Gesundheitssystem sind welche Leistungen zu erbringen?
- Welche Zielvorstellungen gibt es an die Leistungsbezieherin (Fragen der Compliance)?
- Welche Definition von Effektivität, Effizienz und Qualität einer medizinischen Leistung wird als maßgeblich betrachtet und wie wird dies überprüft?
- Welche Konsequenzen gibt es bei Nichteinhaltung des Qualitätsmanagements?

Das Thema „Begrenztheit der Ressourcen“ gehört im Gesundheitsbereich zu den Tabuthemen der öffentlichen Diskussion. Die Herausforderung an die Verantwortlichen auf allen Ebenen, wie die vorhandenen Mittel verteilt werden sollen (Distribution) und für welche alternative Verwendung sie eingesetzt werden sollen (Allokation) gehört zu den grundlegenden Fragen des Gesellschaftsvertrages. Da sich immer wieder Interessenskonflikte ergeben, da es den Menschen nicht gleichgültig ist, wie die durch ihre Zusammenarbeit erzeugten Güter verteilt werden, sind Grundsätze nötig, um zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Regelungen der Güterverteilung zu entscheiden [Wallner, 2004, S.100].

Das Knappheitsproblem wird zu einem sozialen Problem, was immer zwei Möglichkeiten impliziert, den Konflikt und die Kooperation. Ziel einer demokratischen Gesellschaft ist die Kooperation zum Vorteil aller Gesellschaftsmitglieder. Diese Zielsetzung widerspricht auch nicht der ökonomischen Theorie der Marktwirtschaft. Es ist die Frage nach dem Weg zum Ziel, die zum Streitfall speziell im Gesundheitswesen wird. Selbst wenn alle Güter der Erde im Überfluss vorhanden wären, bestünde doch eine Knappheit der Zeit, letztlich der menschlichen Lebenszeit. Aus ethischer Sicht gilt es an diese Begrenztheit des menschlichen Lebens zu erinnern, die Ressource „Leben“ ist letztlich einer absoluten Knappheit unterworfen [Wallner, 2004, S.101].

Auf individueller Ebene geht es dabei um die Fragen, nach welchen Kriterien der Mensch als Person mit den zur Verfügung stehenden Mitteln umzugehen hat. Im Hinblick auf das Gesundheitswesen gibt es dabei wichtige Richtschnüre des Handelns:

- Mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Ressourcen dem (eigenen und fremden) Leben nützen und es nicht schädigen
- Verantwortung für die einem zur Verfügung stehenden Mittel übernehmen und Rechtfertigung über ihren Einsatz abgeben
- Die Mittel nach dem Prinzip der Nachhaltigkeit gebrauchen
- Wahrhaftigkeit über Ausmaß, Zweck und Beschaffenheit des Ressourceneinsatzes wahren
- Maßhaltung angesichts knapper Mittel üben

Denn es stehen im Fall der Ressourcenallokation von Gesundheitsgütern zwei berechtigte Interessen einander gegenüber: jene der Individuen, die für die Erhaltung bzw. Wiederherstellung ihrer Gesundheit Mittel zur Verfügung haben möchten und jene der Gesellschaft, die neben einem effektiven auch ein effizientes Gesundheitssystem haben möchte – aber daneben auch noch zahlreiche andere Voraussetzungen für ein gutes Leben (Bildung, Freizeit, Kultur,...). Egal ob aus ökonomischer oder aus ethischer Betrachtungsweise – das Problem der knappen Ressourcen führt unweigerlich zur Frage der Ressourcenallokation. Allokation ist die Zuweisung von Ressourcen für alternative Verwendungszwecke.

Die Regierung muss entscheiden, was genau „Gesundheitsbudget“ bedeutet und wie viele Mittel dorthin fließen. Muss das Gesundheitsbudget erhöht werden, stehen z.B. weniger Mittel für Bildungsmaßnahmen zur Verfügung und dies kann sich langfristig auf die Gesundheitskosten auswirken, wie die multifaktorielle Beeinflussung des Gesundheitszustandes zeigt. Die Aussage „für die Gesundheit ist uns nichts zu teuer“ geht daher auf Grund des Gesetzes der Knappheit mit einer Fülle an elementaren ethischen Fragen einher [Wallner, 2004, S.104]:

- *Welche Bedeutung haben die einzelnen Budgetzweige für die Erfüllung eines Lebens, wie es in einem übergreifenden Konsens gefordert wird?*
- *Welche Bedeutung haben andere als der Gesundheitsbudgetzweig für den Gesundheitszustand der Bevölkerung, und wird deren Bedeutung angemessen berücksichtigt sowie zu einem Gesamtkonzept ausgestaltet?*
- *In welcher Beziehung stehen die unterschiedlichen Sozialversicherungszweige zueinander? Vor allem: Wie lässt sich der große Anteil der Pensionsversicherung im Vergleich zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung rechtfertigen?*
- *Welche ethischen Implikationen ruhen in den Aussagen über den Status quo der Gesundheitsquote am BIP? Sind 8 % hoch? Sind 13 % zu hoch? Nach welchen*

Kriterien – insbesondere Allokationskriterien – werden diese Bewertungen vorgenommen?

- *In welcher Relation stehen die Auffassungen über den Wert der Gesundheit und die monetären Aufwendungen dafür auf der obersten Allokationsebene?*

Des Weiteren stellt sich die Frage, wie der Budgetanteil des Gesundheitssystems auf die unterschiedlichen Teilbereiche aufgeteilt werden soll:

- Wie unterteilt sich das Budget in Gesundheitsförderung und präventive, kurative, rehabilitative und palliative Maßnahmen und wie lässt sich diese Aufteilung begründen?
- Wie sieht die geografische Verteilung aus?
- Gibt es definierte Versorgungsstrukturen oder ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung?

Durch die grundsätzliche Tabuisierung der Knappheitsfrage und die Tatsache, dass über konkrete Allokationskriterien im wirklichen Sinn (d.h. alternative Mittelverwendung) auf höherer Ebene nicht entschieden wird, bleibt dieses Problem auf der letzten Stufe liegen und führt dort zu ethischen Fragen wie:

- Lassen sich ärztliches Ethos und Ökonomiegebot miteinander verbinden?
- Wie rechtfertigt die Ärztin den Ressourceneinsatz für den konkret gegenüberstehenden Einzelfall im Kontext der Solidargemeinschaft?
- Welche Kriterien soll die Ärztin bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten im konkreten Fall anwenden?
- Welche Rolle spielen Effektivitäts- und Effizienzüberlegungen im konkreten Einzelfall?

Die Allokationsproblematik gehört zu den Grundfragen des Gesellschaftsvertrages, die Allokationsentscheidungen sind primär auf der Makroebene zu treffen, die Belastung muss von den Handelnden vor Ort genommen werden.

6.1.3 Materielle Ethik

Patientinnenorientierung stellt auf Erwartungen ab: Eine Patientin ist zufrieden, wenn der Eindruck, den sie vom Kontakt mit dem Gesundheitssystem hat, die Erwartungen erreicht oder übersteigt [Wallner, 2004, S.115ff].

Die Rechenschaft darüber, warum das Gesundheitssystem gerade so und nicht anders gestaltet ist muss „verständlich“ sein, das heißt:

- Verallgemeinerungsfähig (nicht nur spektakuläre Einzelfälle)
- Nachvollziehbar (logisch und nicht irrational)
- Berechenbar (nicht von Zufälligkeiten abhängig)
- Vernünftig (nicht auf Sonderinteressen basierend)

In der Gesundheitspolitik ist Verständlichkeit leider immer noch oft durch die Angst gehemmt, dass das Verständlichmachen der Realität von der Öffentlichkeit bestraft wird. Aber eine Gesundheitspolitik, die es nicht schafft, grundlegende Systementscheidungen plausibel zu machen, riskiert, die Unterstützung der Bevölkerung für das System selbst aufs Spiel zu setzen. Dabei wird das Erreichen von „Verständlichkeit“ durch Transparenz erleichtert. Transparenz bedeutet offenkundig zu machen

- Wer (Akteur)
- Mit welchem Interesse (Zielsetzung)
- Für wen (Zielgruppe)
- Was (Leistung)
- In welcher Art und Weise und (Qualität)
- Mit welchen Konsequenzen (Effektivität / Effizienz)

macht. Je transparenter ein System in diesem Sinne wird, umso eher ist auch die Unterstützungswahrscheinlichkeit [Wallner, 2004, S.121].

Neben der Transparenz ist auch die Nachhaltigkeit eine wichtige Voraussetzung für eine Generationenübergreifende Akzeptanz. Vogt definiert Nachhaltige Entwicklung als: *Eine Entwicklung, in der soziale Ausgewogenheit, ökologische Tragfähigkeit und ökonomische Effizienz als sich wechselseitig bedingende Größen verstanden und angestrebt werden* [Vogt, 1999,S.238f]. Es besteht ein enger Zusammenhang mit der Frage der Generationengerechtigkeit. Der „Brundtland-Bericht“ von 1987 versteht unter „nachhaltiger Entwicklung“ (sustainable development) eine Entwicklung, die den gegenwärtigen Bedarf zu decken vermag, ohne späteren Generationen die Möglichkeit zur Deckung des ihren zu verbauen. Der Begriff Nachhaltigkeit umfasst zwei wesentliche Dimensionen [Wallner, 2004, S.130ff]:

Ressourcendimension:

es müssen ausreichend viel Ressourcen für nachfolgende Generationen zur Verfügung stehen, Die Kinder sollen nicht alle Rechnungen der Eltern bezahlen müssen

Zeitdimension:

bei der Entscheidung für oder gegen eine Handlung ist nicht nur über die kurzfristigen, sondern auch über die mittel- und langfristigen Folgen Rechenschaft zu geben

„Nachhaltigkeit“ bedeutet somit, dass die Akteurinnen Auskunft darüber geben können müssen, für welchen Zeitraum sie bestimmte Maßnahmen in Betracht ziehen und wie sie danach weiter zu machen gedenken. Die Einführung neuer, ressourcenintensiver medizinischer Technologien erfordert diese Rechtfertigung ganz besonders. Und das Allokationsproblem beschränkt das Nachhaltigkeitskriterium nicht nur auf das Gesundheitssystem: Wie wirkt sich die heutige Entscheidung, mehr Ressourcen für die medizinische Gesundheitsversorgung auszugeben, langfristig auf andere gesellschaftliche Bereiche aus, denen diese Ressourcen nicht zukommen? Nachhaltigkeit sollte eine Grundeinstellung aller Akteurinnen werden, ihre zur Verfügung stehenden und stets begrenzten Ressourcen vernünftig einzusetzen, um ein Maximum an Werthaftigkeit ihrer Entscheidung für alle Betroffenen zu erreichen.

Für eine Ethik des Gesundheitssystems ist Gerechtigkeit vor allem unter dem Gesichtspunkt der „sozialen Gerechtigkeit“ bzw. „Verteilungsgerechtigkeit“ von Relevanz. Die begrenzten Ressourcen sollen „gerecht“ eingesetzt bzw. verteilt werden – darin sind sich alle einig, nur wie dieses „gerecht“ inhaltlich zu bestimmen ist, darüber scheiden sich die Geister [Wallner, 2004, S.133ff].

Die soziale Gerechtigkeit ist eine Nagelprobe für das gesellschaftliche Zusammenleben der Menschen. Sie betrifft die Frage, wie die Vorzüge und die Lasten einer Gesellschaft unter ihren Mitgliedern verteilt sind. Soziale Gerechtigkeit, liegt dann vor, wenn die ökonomischen Verhältnisse der Staatsbürgerinnen zu einem gerechten Ausgleich gekommen sind. Mit anderen Worten: Ziel sozialer Gerechtigkeit ist primär die Herstellung der ökonomischen Absicherung der Bürgerin.

Gerechtigkeit bezieht sich nicht ausschließlich – nicht einmal vorrangig – auf das unmittelbare Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungssystem, sondern auf die soziale Grundstruktur einer Gesellschaft. Mehr Gerechtigkeit in Bezug auf die Gesundheitschancen kann daher unter Umständen auch bedeuten, weniger Geld für das medizinische System und mehr für Bildung auszugeben. **Die Gerechtigkeit stellt nicht die Gleichheit, sondern die Bedürftigkeit in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung.**

Immer wieder diskutiert wird auch die Frage nach der Verantwortung. Jeder Mensch hat die „erste“ und die „letzte“ Verantwortung für seine Gesundheit, nicht aber die „volle“, weil viele Faktoren für seine Gesundheit (teilweise oder zur Gänze) außerhalb seiner Handlungsoptionen liegen (z.B. Luft- und Wasserqualität, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, genetische Veranlagungen,....).

Gesundheit bzw. Krankheit sind ein multifaktorielles Konstrukt, auf das von vielen Seiten eingewirkt wird. Kein einzelner Mensch, keine Institution und auch kein Gesamtsystem trägt die volle Verantwortung für die persönliche Gesundheit, denn sie ist letztlich schicksalhaft. Dies zu erkennen ist unbedingt notwendig, um die Verantwortung – egal für wen – nicht übergroß werden zu lassen [Wallner, 2004, S.148].

Teil der Verantwortung im Management des Gesundheitswesens ist eine effektive und effiziente Mittelverwendung. Dabei beschreibt Effektivität den Zielerreichungsgrad einer Maßnahme während Effizienz bedeutet „den Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen auf die wirkungsvollste Weise“ bzw. „Zielverwirklichung ohne Mittelverschwendung“ [Wallner, 2004, S.163ff]. Effektiv ist daher „die richtigen Dinge zu tun“, effizient ist man, „wenn man die Dinge richtig tut“.

Um die Effizienz einer Maßnahme oder eines Systems beurteilen zu können, muss man sowohl Input- wie auch Output-Größen betrachten: Man kann Output-Ziele definieren, die mit möglichst geringem Ressourceneinsatz erreicht werden sollen; oder aber, es wird versucht mit gegebenen Input-Größen mehr Ziele zu erreichen. Rationalisieren bedeutet, die Regeln so zu gestalten, dass die Akteurinnen Anreize erhalten, die begrenzten Ressourcen (Geld, Zeit, Informationen, ...) so einzusetzen, dass sie für die Zielverwirklichung möglichst effizient eingesetzt werden, Rationalisierung bedeutet daher Effizienzsteigerung, Ineffizienz bedeutet Mittelverschwendung.

Wenn Ressourcen unbegrenzt wären – kein großes Problem, weil aber Knappheit herrscht, geht es immer um eine Allokation, also um einen alternativen Mitteleinsatz. Ineffizienz ist daher unmoralisch, weil sie mit den begrenzten Ressourcen nicht verantwortlich umgeht. Effizienz und Rationalisierung sind nicht nur ökonomische, sondern auch ethische Gebote. Der Grundsatz der Fairness verlagert es, dass mit den begrenzten Ressourcen sorgsam und effizient umgegangen wird, dass Ziele mit möglichst geringem Mitteleinsatz erreicht werden sollen.

Rationalisierung, die Zurückdrängung von Ineffizienz, verlangt eine genaue Analyse der Input- wie der Output-Seite, eine begleitende Qualitätssicherung sowie ein Anreizsystem, dass diejenigen, die rationalisieren, gegenüber jenen, die dies nicht tun, nicht als die „Dummen“ dastehen lässt [Wallner, 2004, S.168].

6.1.4 Daten- und Controllingproblem

Daten und gesichertes Wissen sind nicht nur die Grundlage für naturwissenschaftliche Experimente, sondern auch für eine ethisch verantwortbare Begründung und Entscheidungsfindung. Primäres Ziel der Datenerhebung ist: Wissen zwecks Gestaltung. Es geht im Gesundheitssystem demnach nicht nur um die Verteilungsgerechtigkeit der finanziellen Ressourcen, sondern auch um die für verantwortungsvolle Entscheidungen notwendigen Daten auf unterschiedlichen Ebenen und zwischen unterschiedlichen Akteurinnen des Systems [Wallner, 2004, S.169ff].

Wenn von Wirtschaftlichkeits-, Effektivitäts- oder Effizienzmessungen und dergleichen im Gesundheitswesen die Rede ist, so stellt dies für viele kritischen Stimmen eine „Ökonomisierung“ der Medizin bzw. der Gesundheit dar. Kosten-Nutzen-Überlegungen gelten als ethisch anstößig, weil hier anscheinend „Leben verrechnet“ wird, was einen Verstoß gegen den Kant'schen Grundsatz darstellt, dass das menschliche Leben Würde, aber keinen Preis hat. Der ethisch entscheidende Punkt ist, dass Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ein Indikator unter mehreren sind, um zu einer verantwortungsvollen Entscheidung zu gelangen.

Die kritische Evaluation des Vorhandenen und theoretisch Möglichen der Technik soll dabei helfen, die richtigen Leistungen (Bedürfnis/Bedarf) auch richtig (effektiv, effizient, qualitätsgesichert und nachhaltig) zu erbringen. Diesem Bestreben dienen zwei sich ergänzende Forschungsbereiche:

- jener der Evidence Based Medicine (EBM) und
- jener des Health Technology Assessments (HTA).

EBM und HTA haben zum Ziel, eine rationale Wissensbasis des Tuns und Unterlassens für Entscheidungsträgerinnen im Gesundheitssystem aufzubereiten. So wie Medizinerinnen künftig Rechenschaft ablegen sollten, wenn sie sich nicht an EBM orientieren, müssen auch die politischen Verantwortungsträgerinnen Argumente vorlegen können, warum ihre Entscheidungen nicht wissenschaftsbasiert sind [Wallner, 2004, S.184].

6.1.5 Finanzierungsproblem

Die Finanzierungsfrage ist für viele Menschen die zentrale Frage, wenn es zur Diskussion um das Gesundheitssystem und seiner Zukunft kommt, dabei sollte aus ethischer Sicht auf folgende Punkte geachtet werden [Wallner, 2004, S.194ff]:

Patientinnenorientiert

Die finanziellen Mittel müssen im Sinne und zum Wohl der Patientinnen aufgebracht werden; bei der Vergütung gesundheitsdienstlicher Leistungen sind jene, die mit einer besonderen Patientinnenorientierung zu tun haben, besser zu vergüten als solche, die diesem Maßstab nicht gerecht werden.

Effektiv

Finanzierungsentscheidungen müssen eine ex ante festgelegte Effektivität verfolgen und sollten bei ihrem Nichterreichen adaptiert bzw. zurückgenommen werden.

Effizient

Die finanziellen Mittel müssen effizient, also ohne Verschwendung eingesetzt werden.

Nachhaltig

„Geldbeschaffungsaktionen“ waren im Gesundheitssystem bislang Maßnahmen mit einem Zeithorizont von ein bis vier Jahren ohne ein Szenario für danach; dies widerspricht dem Maßstab der Nachhaltigkeit, der nicht ohne begleitende Strukturreform erreicht werden kann. Die Finanzierungsfrage muss daher auch als Investitionsfrage begriffen werden, bei der es darum geht, notwendige Ressourcen für Systemveränderungen bereit zu stellen.

Beitragsgerecht

Die Beitragsgerechtigkeit bezieht sich auf die Mittelaufbringung. „Beitrag“ soll dabei nicht bloß auf die Krankenversicherungsbeiträge bezogen werden, sondern alle Zahlungsformen für das Gesundheitssystem umfassen, das heißt insbesondere auch Steuern sowie private Kostenbeteiligungen und Ausgaben bei der Gesundheitsversorgung. Beim Beitragsaufkommen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist Gerechtigkeit nur bis zu einer gewissen Grenze verwirklicht. Zwar gilt der Grundsatz, dass jeder Pflichtversicherte nach seinem finanziellen Vermögen beitragen sollte, bei der Bemessung dieses Vermögens werden aber wesentliche Einkommensquellen (z.B. Erlöse aus Verpachtung und Vermietung, Kapitalerträge) nicht einbezogen, der prozentuelle Beitragssatz steigt nicht progressiv an und es gilt die „Höchstbeitragsgrundlage“; sie stellt eine Begrenzung des Solidaritätsprinzips dar.

Die Gesundheitsversorgung soll im Solidarprinzip der GKV unabhängig vom persönlichen Finanzvermögen jedem Menschen zugänglich sein, daher wird das Thema Kostenbeteiligung regelmäßig intensiv debattiert. Die Finanzierungswirkungen von Kostenbeteiligungen sind unbestritten, sie führen jedoch nicht zu einer nachhaltigen Antwort auf die Finanzierungsfrage. Ganz im Gegenteil, langfristig gesehen führen sie in den Augen der Kritikerinnen zu einem gegenteiligen Effekt, indem die Anbieterinnen über die Ausweitung der Mengen- und Preiskomponente versuchen, neu gewonnene Finanzierungsspielräume für sich zu nutzen.

Kostenbeteiligungen ohne entsprechende Rahmenbedingungen als bloße „Geldbeschaffung“ zu sehen ist nicht nur ökonomisch ineffizient, sondern auch ethisch untragbar. Sie führen nur zu einer Verschiebung der Finanzlasten mit dem Resultat einer Verantwortungsabwälzung, die sich ethisch nicht rechtfertigen lässt.

Fazit: wenn es bloß um Mittelbeschaffung geht, dann sind Kostenbeteiligungen zwar ein wirksames, aber moralisch illegitimes Mittel. Kostenbeteiligungen als Zugangsbarrieren für sozial Schwache sind eine unbestreitbare Tatsache (wie sowohl das RAND-Experiment als auch die ÖBIG-Studie zeigen).

Eine Wirksamkeit ist bei Kostenbeteiligungen sicherlich gegeben, es stellt sich aber die Frage, ob diese Wirksamkeit

- effizient ist und nicht durch Transaktions- und externe Kosten konterkariert wird (z.B. hoher Verwaltungsaufwand bei sozial verträglichen Tarifen)
- sozial gewünscht ist und nicht gegen normative Prinzipien der Gesundheitsversorgung verstößt

Die Diskussion um Kostenbeteiligungen ist über weite Strecken ideologisiert und von Polemik überschattet. Sie sind weder die Rettung noch der Untergang der Gesundheitsversorgung und auch zur Zeit schon in zahlreichen Bereichen eine wichtige Finanzierungsquelle. Es gilt, Modelle zu entwerfen, die effizient, wirksam und sozial verträglich sind (ohne die Verwaltungskosten explodieren zu lassen). Mit Selbsthalten kann aber weder die Finanzierungs- noch die Struktur- noch die Leistungsfrage gelöst werden, sie stellen aber einen notwendigen Baustein im Gesamtsystem dar, der in Österreich auch zur Zeit schon einen beträchtlichen Teil der Gesundheitsausgaben ausmacht.

6.1.6 Strukturproblem

Wie können Gesundheitsorganisationen und Leistungserbringerinnen auf die Bedürfnisse der Menschen antworten? Welche Maßstäbe sind für eine patientinnengerechte Gestaltung des Systems ausschlaggebend?

Fehlende soziale Netzwerke, zunehmende psychologische und psycho-soziale Belastungen, das Wegfallen spiritueller Hilfen – all das stellt Bedürfnisherausforderungen an das Gesundheitssystem, mit denen die vorhandenen Strukturen nicht fertig werden können. Es braucht eine Strukturreform, die weit über kosmetische Maßnahmen hinaus geht und letztlich eine Neuorientierung des Gesundheitssystems verlangt. Weder die politischen noch die ökonomischen Konsequenzen einer solchen Neuorientierung sind absehbar. Wenn diese Alternative aber nicht gewählt wird verliert das Gesundheitssystem zunehmend an Menschlichkeit für alle betroffenen Akteurinnen. Neuorientierung bedeutet auch – und das muss man offen sagen – das Überdenken der Ressourcenallokation. Zwar lässt sich durch eine bedarfsgerechte Versorgung nicht nur die Effektivität, sondern auch die Effizienz des Systems steigern; doch muss auch über die Umschichtung von Ressourcen zu jenen Bereichen diskutiert werden, die aufgrund der Bedürfnis- und Bedarfsanalysen eine hohe Priorität aufweisen.

Integrierte Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem könnten mit ihrer „bedarfsgerechten, effektiven, effizienten und qualitätsgesicherten Versorgung“ eine Effektivitäts- und Effizienzsteigerung des Gesundheitssystems bewirken. Das Hauptproblem besteht sicherlich darin, dass viele unterschiedliche Akteurinnen am Prozess beteiligt sind, deren Interessenlagen nicht immer gleich ausgerichtet sind, oder bei denen keine Kooperation zustande kommt, weil sie meinen, dabei benachteiligt zu werden. Integration darf dabei nie als Selbstzweck verstanden werden sondern bedarf einer ständigen zielorientierten Evaluation.

Disease Management-Programme (DMP) sind Beispiele einer integrierten Versorgung und haben das Ziel, nicht auf einzelne Krankheitsepisoden zu fokussieren, sondern ganze Lebensphasen zu betrachten. Man verspricht sich eine effektivere und effizientere Versorgung von Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen. Case-Management ist dabei nicht als Gegensatz sondern als Erweiterung zu verstehen. Der Fokus liegt weniger auf der Krankheit, sondern viel mehr auf der einzelnen Patientin.

Die Palliativmedizin könnte in Zukunft das ideale Feld für integrierte Versorgungsstrukturen sein. Die Abkehr von rein kurativer Medizin und die Einbeziehung der sozialen, psychischen und spirituellen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit erfordern eine vielfache Integration: von Leistungserbringerinnen, Finanzierungsquellen und von Wertvorstellungen. Es ergeben sich in der Palliativmedizin besondere Herausforderungen: Umgang mit Sterben, akzeptieren des Unmöglichen, Konfrontation mit existenziellen Krisen, Sterbenswünsche, Kontakt mit (pflegenden) Angehörigen,..... . Derartige Herausforderungen können nur multiprofessionell, interdisziplinär und mit Hilfe von integrativen Versorgungsstrukturen bewältigt werden.

6.1.7 Leistungsproblem

Was wollen wir können? Und was uns leisten?

Die Ethik stellt dazu folgende Fragen [Wallner, 2004, S. 243ff]:

- Was können, was wollen wir uns als Gesellschaft von dem leisten, was wir an medizinischen Diagnose-, Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung haben?
- Welche Leistungen müssen allen Menschen zugänglich sein und von der Solidargemeinschaft finanziert werden?
- Wie viel darf ein statistisches menschliches Lebensjahr der Krankenversicherung kosten?

Zwei-Klassen-Medizin, Rationierung und Leistungskürzungen sind Reizworte, die in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion vielfach ideologisch gebraucht oder überhaupt tabuisiert werden. Damit wird ein bestehendes Problem negiert und rationale Lösungsstrategien blockiert.

Es besteht aber die ethische Notwendigkeit Tabus anzusprechen, zu Leistungsbegrenzung, Prioritätensetzung, Rationalisierung und Rationierung Stellung zu beziehen. Die Gesellschaft muss die Frage nach einem fairen Ressourceneinsatz in der medizinischen Versorgung stellen um auf die Herausforderungen, die sich durch den medizinischen Fortschritt und der demografischen Entwicklung ergeben, Antworten zu finden.

Der technische Fortschrittsglaube, der die Medizin vielfach zu einem Opfer ihres eignen Erfolges werden ließ, darf nicht auf die sozialstaatlichen Gestaltungsmöglichkeiten

übertragen werden. Weder die Medizin noch der Sozial- bzw. Gesundheitsstaat sind in der Lage, Menschen zu heilen. Es können immer nur mehr oder weniger geeignete Rahmenbedingungen für ein menschenwürdiges Leben geschaffen werden, zu denen unter anderem auch eine adäquate Gesundheitsversorgung gehört; an der grundsätzlichen Begrenztheit des menschlichen Lebens ändert dies nichts [Wallner, 2004, S.244].

Das Knappheitsproblem und die damit verbundenen Allokations-Notwendigkeit sind ein Ausgangspunkt für die Leistungsfragen:

- Wie viele Ressourcen sollen der Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen Gesellschaftsbereichen zur Verfügung stehen?
- Welche Bereiche des Gesundheitssystems sollen wie viele Ressourcen erhalten?
- Welche Personengruppen (bzw. Krankheitsbilder) sollen in der Ressourcenzuteilung wie stark beachtet werden?
- Welche konkrete Person erhält wie viele Mittel der Gesundheitsversorgung?

Die vielen neuen Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin zwingen die Gesellschaft zu Entscheidungen, die sie bislang nicht getroffen hat. Damit werden die Leistungserbringerinnen vor Ort dazu gezwungen, am Krankenbett Entscheidungen im Einzelfall zu treffen, welche sie in der Regel in ethische Dilemmasituationen stürzen. Es besteht daher dringender Handlungsbedarf einen Diskussionsprozess über eine faire Ressourcen- und Verantwortungszuteilung sowie das Leistungsspektrum des modernen Gesundheitssystems zu führen.

Es ist eine Frage der Redlichkeit und Klugheit, die Allokations- bzw. Rationierungsproblematik in der Öffentlichkeit zu thematisieren. Redlich ist sie, weil sie dem ethischen Gebot der Wahrhaftigkeit entspricht, Dinge explizit aufzuzeigen und in Frage zu stellen, die bereits implizit Praxis sind. Klug ist sie, weil nur durch einen rechtzeitigen und umfassenden Diskurs derart gewichtige Entscheidungen in vernünftiger Art und Weise getroffen werden können [Wallner, 2004, S.245].

Allokation kann als alternative Mittelzuteilung beschrieben werden. Eine rationale Allokation ist eine Strategie, die auf die Steigerung des systemischen Gesamtnutzens abzielt und ein gesellschaftliches Wohlfahrtsoptimum erreichen möchte. Eine solche Allokationspolitik kann dabei für den Einzelnen durchaus eine direkte Rationierung bedeuten.

Unter Prioritätensetzung versteht man eine explizite Zielorientierung in der Gesundheitspolitik (von der WHO schon 1977 in ihrer Kampagne „health for all by the year 2000“ empfohlen). Prioritätensetzung ist also ein zielorientiertes Gestalten und Handeln. Prioritär wird etwas angesehen, das nach seiner Qualität oder Art mit höherer Wichtigkeit angesehen wird als Alternativen dazu. Prioritätensetzung kann auch die Bestimmung der Aktivitäten und Mittel umfassen, die für die Zielerreichung notwendig sind.

Aus folgenden Gründen ist eine Prioritätensetzung im Gesundheitswesen unumgänglich [Wallner, 2004, S.248] :

- Die zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt, wodurch nicht alle Ziele zugleich bzw. in gleicher Weise erreicht werden können
- Prioritätensetzungen schaffen klare Zielpunkte
- Durch Prioritätensetzungen wird die Spannung zwischen den Interessen der Gemeinschaft und jenen der Einzelnen gekennzeichnet und entschärft, anstatt ständig intransparent im Hintergrund zu wirken

Nur das Eingeständnis, dass lediglich wenige medizinische Leistungen unersetzbar sind, nicht alle in gleichem Maß zweckmäßig, einige von geringem Nutzen, manche überflüssig oder sogar schädlich, dass manche Gesundheitsprobleme zum Teil oder gänzlich der Eigenverantwortung übergeben werden können, andere eine (finanzielle) Selbstbeteiligung nahe legen, viele aber einer gesicherten solidarischen (d.h. Risiko unabhängigen und Vermögens abhängigen) Finanzierung bedürfen – nur ein solches grundsätzliches Eingeständnis kann den Weg zu einer sachlich differenzierten und fundierten Prioritätensetzung und damit verbundenen rationalen Allokationspolitik eröffnen [Wallner, 2004, S.258].

6.2 Gesundheitsökonomie

Unter „Gesundheitsökonomie“ als wissenschaftlicher Disziplin versteht man die Anwendung der aus den Wirtschaftswissenschaften abgeleiteten Theorien und Handlungskonzepte auf Fragestellungen der Gesundheitsversorgung. So wie sich die Ökonomie mit der rationalen Verteilung der begrenzt verfügbaren Mittel beschäftigt, ist es das Anliegen der Gesundheitsökonomie, die hier bereitgestellten Ressourcen optimal zu verwenden mit dem Ziel, den größtmöglichen Nutzen zu erzielen.

Auch die Medizin hat sich der ökonomischen Herausforderung zu stellen, ebenso wie der demografischen, der technologischen und der organisatorischen [Wallner, 2004, S.38].

Die Gesundheitsökonomie ist *die umfassende ökonomische Analyse der Interdependenzen und der Verhaltensweisen sowie der Produktionsbedingungen im Gesundheitswesen* [Schulenburg/Greiner, 2000, S.16]

Heute ist ein deutlicher Bewusstseinswandel in der Gesundheitspolitik erkennbar. Nicht mehr nur das Vorhalten medizinischer Leistungen und die Erstattung der anfallenden Kosten bestimmen das gesundheitspolitische Tätigkeitsprofil, sondern man geht aufgrund der Ressourcenknappheit auch im Gesundheitssektor dazu über, die Kosten dem Nutzen gegenüber zu stellen.

Die sozialen Krankenversicherungen als Kostenträger im extramuralen Bereich haben den gesetzlichen Auftrag mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Beurteilung von Leistungen, Heilmitteln etc. wird also in Zukunft noch mehr daran erfolgen, ob die entsprechende Neuerung für die Patientinnen auch wirklich nutzbringend und gleichzeitig wirtschaftlich ist. Ist der Nutzen für die Behandelten gegenüber bereits bestehenden Therapien nur geringfügig größer, so wird man sehr viel genauer als noch vor wenigen Jahren abwägen müssen, ob sich der finanzielle Mehraufwand lohnt und aus ökonomischer Sicht gerechtfertigt ist. Da die Kontrolle des Ausgabenanstieges zu einer der zentralen Zielsetzungen der Gesundheitspolitik geworden ist, haben Untersuchungen über die Konsequenzen des Einsatzes neuer und existierender Therapien, sowohl in Bezug auf den Nutzen als auch auf die Kosten, einen zentralen Stellenwert erhalten. Die Kostenträgerinnen im Gesundheitswesen verlangen, insbesondere bei neuen pharmazeutischen Produkten, immer häufiger einen Nachweis der Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu anderen Technologien für ihre Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit.

Aufgabe der Gesundheitsökonomie ist es, sowohl für Kostenträger wie auch für Leistungserbringerinnen (Krankenhäuser, Ärztinnen) und Patientinnen eine Hilfestellung bei der Beantwortung folgender Fragen anzubieten:

- Werden die zur Verfügung stehenden Mittel nicht nur effektiv, sondern auch effizient eingesetzt – wird also das Richtige auch richtig getan?
- In welchen Bereichen kann das Verhältnis von Mitteleinsatz und Erfolg ohne Qualitätseinbußen weiter optimiert werden?

Dabei ist es für die in diesem Bereich tätigen Expertinnen notwendig die Perspektiven zu wechseln und über den Tellerrand der eigenen Profession zu blicken. Medizinerinnen und

Wirtschaftswissenschaftlerinnen müssen sich gemeinsam um die Beantwortung folgender Fragen bemühen:

- Wie steht es um den Nutzen medizinischer Fortschritte?
- Wie lässt er sich bemessen?
- Sind die Ergebnisse neuer Interventionen besser als jene bisheriger Therapiekonzepte?
- Berücksichtigt eine Innovation den klinischen Alltag und die Präferenzen der Patientinnen?
- Wie viel zusätzliche Ressourcen ist uns Gesundheit, ein gewonnenes Lebensjahr, ein gerettetes Menschenleben wert?

Sollten wir einen größeren Nutzen feststellen, müssen wir uns weiter fragen:

- Zu welchem Preis erhalten wir diesen zusätzlichen Nutzen?
- Fehlen uns diese Mittel dann für andere Interventionen?
- Welchen Platz hat die Ethik in der Kosten-Effektivitäts-Beurteilung?
- Wessen Aufgabe ist es für eine effektive und effiziente Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel zu sorgen?

Ärztinnen fällt es in aller Regel zunächst schwer, sich an dieses wirtschaftswissenschaftlich geprägte Vokabular zu gewöhnen. Für ihre Patientinnen wollen sie die beste Behandlungsqualität, die Kostenfrage sollen andere für sie lösen. Die Medizinerinnen werden sich in Zukunft vermehrt mit dem Begriff der Accountability (Verantwortlichkeit) befassen müssen. Mit der Verantwortlichkeit für die Resultate ihres medizinischen Handelns ist nicht alleine die Frage gemeint, ob sie ihre Arbeit richtig machen. Es geht vielmehr um die Bereitschaft, über die Wirksamkeitsvorteile, die Sicherheit und die Kosten einer Handlung Auskunft zu geben. Und es geht um die Erkenntnis, dass die Ressourcen (Menschen, Zeit, Einrichtungen, Ausrüstung, Wissen und Geld) begrenzt sind und somit die Frage der Allokation (Zuteilung) immer wichtiger wird.

Die Kostenfrage gehört zur ärztlichen Ethik und zum Verantwortungsbereich der Ärztinnen im Engagement für die Patientinnen. Neue Ausgaben für kleine Behandlungsfortschritte müssen gegen die Ausgaben für andere Interventionen abgewogen werden, die möglicherweise einen viel größeren Benefit ergeben. Accountability bedeutet, neben der intrinsischen Autonomie in der Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung auch die soziale Verantwortung in die klinischen Entscheidungen mit einzubeziehen [Huber, 2003].

Auf der einen Seite sind Medizinerinnen also weiterhin als medizinische Spezialistinnen gefragt, die das Wohl ihrer Patientinnen verfolgen, auf der anderen Seite als systemisch denkende Managerinnen, die den Fokus auch auf das gesamte Gesundheitssystem zu legen haben, denn sie sind zugleich Mitarbeiterinnen im „Gesamtunternehmen Gesundheitswesen Österreich“.

Umdenken ist nötig. Die Entwicklungen in der Medizin haben Probleme hervorgebracht, für die in der Medizin alleine Lösungen nicht mehr gefunden und gar nicht mehr erwartet werden können. *Es ist eine dringende gesamtgesellschaftliche Aufgabe dies zu korrigieren. [...] Medizinische Leistungen zu rationieren bedeutet nicht, Patienten eine notwendige Behandlung vorzuenthalten: entscheidend sind soziale Gerechtigkeit, klare Prinzipien und moralische Grenzen bei der Umsetzung* [Laitenberger, 2000].

Die Verknappung der Mittel erfordert, dass mit den eingesetzten Mitteln der maximale Nutzen erwirtschaftet wird. Das Gesundheitswesen muss deshalb dringend nach ökonomischen Kriterien verändert werden, da die Ausgaben im Gesundheitswesen in Österreich absehbar weiterhin schneller steigen werden als die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die „Knappheit der Ressourcen im Gesundheitswesen“ ist durch eine Vielzahl von einander ergänzenden Faktoren bestimmt:

- Der unaufhaltsame medizinisch-technische Fortschritt führte dazu, dass wir heute über eine überdimensionierte Medizintechnik, Diagnostik und Therapie verfügen
- Die aktuelle demographische Entwicklung mit erwarteter Überalterung
- Erosion der Beitragseinnahmen (durch Bindung an die Lohnsumme);
- Änderung der Lebensformen und des Lebensstiles
- Panoramawechsel der Krankheiten (von akut zu chronisch)
- Unter-, Über-, und Fehlversorgung
- Angebotsinduzierte Nachfragesteigerung
- Haftungsrechtlich bedingte Defensivmedizin
- Kontraproduktive Lenkung durch Medieneinflüsse

Die Bedürfnisse der Menschen sind manchmal grenzenlos. Deshalb besteht die ärztliche Verantwortung heute nicht darin alles Machbare auch zu machen, sondern kritisch abzuwägen wann und wie wir es anwenden. Die Medizin macht sich somit auch teilweise selbst zum Opfer ihres Erfolges. Der Effekt dieser Entwicklung ist die Unbezahlbarkeit des Systems. *Die Untersuchungstechniken in der Medizin sind heutzutage so differenziert, dass man bei „gesunden“ Personen oft irrelevante Veränderungen findet. Unsere Gesellschaft muss begreifen, dass nicht jede Abweichung von der „Norm“ schon einen*

Krankheitswert hat und behandlungsbedürftig ist. Jede Gesellschaft muss sich klarmachen, wie viel sie für Gesundheit – Prävention wie kurative Leistungen – aufwenden will, denn diese Mittel können nicht mehr für andere Leistungen – Bildung, Rechtssicherheit, etc. – aufgewendet werden. Alle erbrachten Leistungen müssen zunächst auch erwirtschaftet werden [Schmidt, 2003].

Zu den Schlagworten, welche die Debatte bestimmen, gehören seit Jahren „Rationalisierung“ und „Rationierung“. Rationalisierung meint eine Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch eine Steigerung der Effektivität des Gesundheitswesens: durch Vermeidung von Leistungen, die keinen Nutzen für die Patientinnen bringen oder diesen möglicherweise schaden. Gezielte effiziente Verwendung knapper Ressourcen. Rationierung meint dagegen eine Einschränkung von Leistungen, eine Vorenthaltung von indizierten Gesundheitsgütern.

Es stellt sich die Frage: Wie viel zusätzliche Ressourcen ist uns Gesundheit, ein gewonnenes Lebensjahr, ein gerettetes Menschenleben wert?

6.2.1 Werkzeuge der Gesundheitsökonomie

- EBM (Evidence Based Medicine)
- HTA (Health Technology Assessment)
- Gesundheitsökonomische Evaluation

6.2.1.1 Evidence Based Medicine (EBM)

EBM dient der rationaleren Anwendung der medizinischen Praxis. Evidenz liegt vor, wenn sich nach der kritischen Beurteilung der Datengrundlage eine Evaluation erstellen lässt. Die gewissenhafte, explizite und argumentativ abgesicherte Anwendung der besten Praxis soll zu Gunsten der Patientin eingesetzt werden [Wallner, 2004, S.183]. EBM überprüft durch den Vergleich klinischer Studien die Wirksamkeit (efficacy und effectiveness) einer medizinischen Intervention. Als Methode werden Metaanalysen und systematische Analysen (randomisierter) klinischer Studien herangezogen. EBM zielt auf die Integration von individueller klinischer Erfahrung und der jeweils besten externen Evidenz aus wissenschaftlichen Studien.

Einer der Väter der EBM, David Sackett, definiert EBM wie folgt: *EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung* [Sackett et al. 1996, S.71]

Die EBM wendet dabei folgende Schritte an:

1. Formulierung der relevanten und beantwortbaren klinischen Fragen
2. Suche nach der besten Evidenz
3. kritische Evaluation der gefundenen Evidenz
4. Beurteilung der Anwendbarkeit der validen Evidenz auf die jeweilige klinische Situation

Zielgruppe von EBM sind die Prätikerinnen des Gesundheitssystems.

6.2.1.2 Health Technology Assessment (HTA)

Ziel von HTA ist es, medizinische Interventionen auf ihre tatsächliche Wirksamkeit, ihre angemessene und effiziente Anwendung, auf Qualitätsveränderungen, klinische und organisatorische Auswirkungen, gesellschaftliche Akzeptanz etc. zu untersuchen und deren Diffusion entsprechend zu steuern [ITA, 2003].

HTA ist komplementär zu EBM zu sehen, beide Ansätze ergänzen einander und versuchen, Entscheidungen im Gesundheitssystem auf eine wissensbasierte Basis zu stellen. HTA untersucht medizinische Interventionen (inklusive technischer Geräte) auf ihre Wirksamkeit, ihre Anwendung und ihre Auswirkungen über den unmittelbaren Behandlungsfall hinaus. Zu den Folgen werden nicht nur medizinische, sondern auch organisatorische, ökonomische, rechtliche und gesellschaftliche gezählt. Damit hat HTA den größeren Zusammenhang der Technologiefolgenabschätzung und Bewertung.

Wesentlicher Bestandteil der Evaluation ist der Nachweis der klinischen Wirksamkeit des betrachteten Verfahrens. Darüber hinaus werden auch sozial-organisatorische Aspekte der Anwendung (Angemessenheit und Häufigkeit der Anwendung) und die organisatorische Einbettung sowie gesundheitsökonomische Kriterien (z.B. alternative Verfahren, Kostenvergleiche und Tarifvergleiche) in die Evaluation einbezogen. HTA ist ein Instrument der Gesundheitspolitik-Beratung.

Folgende Fragen werden beantwortet:

- Ist das medizinische Verfahren, die Intervention (Therapie, Diagnose, etc.) wirksam, funktioniert es?
- Für wen?
- Zu welchen Kosten?
- Wie stellt es sich im Vergleich zu Alternativen dar?

HTA-Assessments beurteilen die medizinische wie auch ökonomische Sinnhaftigkeit von medizinischen Technologien: Sie basieren auf der politischen Maxime, dass der Rationalisierung des Einsatzes der vorhandenen Ressourcen Vorzug zu geben ist gegenüber einer Rationierung von Leistungen.

Zielgruppe von HTA sind Entscheidungsträgerinnen in der Politik, die auf die langfristigen Konsequenzen von Maßnahmen hingewiesen werden sollen. HTA unternimmt eine kritische Evaluation des Ist-Zustandes, um in Abwägung relevanter Alternativen zu Gestaltungsempfehlungen zu kommen [Wallner, 2004, S.184].

6.2.1.3 Gesundheitsökonomische Evaluation:

Gesundheit ist für den einzelnen das höchste Gut, sie hat aber auch einen Preis und steht damit in Konkurrenz zu allen anderen menschlichen Bedürfnissen wie schönes Leben, Bildung, Kultur und Sicherheit. Auch die Mittel, die für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit vorhanden sind, sind begrenzt und müssen sorgsam eingeteilt werden. Die Antwort des Ökonomen auf dieses alltägliche Knappheitsphänomen ist die Erfassung, Messung und Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen von Handlungsalternativen. Je besser dies gelingt, umso eher werden Entscheidungsträger in der Lage sein, die knappen Mittel effizient einzusetzen. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass es nicht unethisch ist, nach Effizienz zu streben, sondern dass es eine hoch moralische Aufgabe ist, die begrenzten Mittel, die uns Gott oder die Welt – je nach Weltanschauung – zur Verfügung gestellt haben, sinnvoll und zielgerichtet einzusetzen [Kobelt, 2003].

Eine ökonomische Evaluation ist ein Instrument zur Abschätzung des Nutzens und der Kosten verschiedener Verwendungen von knappen Ressourcen. Sie bietet eine vergleichende Analyse verschiedener Handlungsalternativen in Bezug auf deren Kosten und Konsequenzen.

6.2.2 Prioritätensetzung bei knappen Ressourcen

Schon der Gedanke daran, bei einem so wichtigen Gut wie der Gesundheit Prioritäten setzen zu müssen, bereitet Unbehagen und kann die Emotionen hoch gehen lassen. Mittlerweile sind aber alle industrialisierten Länder dazu gezwungen, diese Diskussion zu führen und das Gesundheitswesen unter finanziellen Gesichtspunkten zu reformieren. Es wird ein Kostenwachstum nur im Rahmen des allgemeinen Wirtschaftswachstums angestrebt. Die verfügbaren Ressourcen sind begrenzt, weshalb Entscheidungen nötig sind, wofür wie viel Geld zur Verfügung gestellt werden kann. Wir haben es ökonomisch gesehen mit einer typischen Verteilungsfrage zu tun, mit einem Fall von Mittelallokation [Widmer-Schlumpf, 2003].

Erst die Verknappung der Mittel beziehungsweise die unaufhörlichen Kostenschübe haben auch im Gesundheitswesen dem Denken in Kosten- und Ertragsgrößen die Tür geöffnet. Man kann sich dazu stellen, wie man will. Man kann den stärkeren Einfluss der Ökonomie bedauern und auch den Umstand, dass der Kernbereich, die eigentliche Medizin, nicht mehr das allein maßgebende Kriterium für die zu erbringenden Leistungen ist. Wenn ein Gut knapp wird, tritt automatisch die Frage nach der effizientesten oder besten Verteilung in den Vordergrund. Es muss die Frage gestellt werden, wie die Mittel am wirtschaftlichsten eingesetzt werden können und wo die Prioritäten zu setzen sind. In einem System, das knappe oder zumindest als knapp erachtete Güter, die zudem als gemeinschaftsrelevant eingestuft werden, zu verteilen hat, gelten gemeinhin einerseits Gerechtigkeit und Solidarität, andererseits Effizienz und Nutzen als die maßgeblichen Entscheidungskriterien. **Angesichts knapper Ressourcen darf man nicht so tun, als ob „Gerechtigkeit“ und „Effizienz“ einander ausschließende Entscheidungskriterien wären. Im Gegenteil: Angesichts knapper Ressourcen ist möglichst hohe Effizienz eine Gerechtigkeitsforderung. Anders formuliert: Ressourcenverschwendung ist angesichts knapper Mittel moralisch und ethisch verwerflich.**

Angewandte Ethik weiß, dass in der pragmatischen Alltagsrealität auch der Grundsatz, dass jeder Mensch Würde hat, also über allen Preis erhaben ist, an seine Grenzen stößt – wir können unter den Bedingungen „natürlicher“ Knappheit beispielsweise nicht alles Geld in die Medizin stecken. Wir müssen also pragmatisch vernünftige Szenarien zwischen Aufwand und Ertrag entwerfen. Das Hauptproblem der modernen Medizin sind nicht ihre Mängel, sondern ihre Möglichkeiten, das „Übermaß der guten Dinge“, die sie heute

anbietet, und gegen das, was aus dieser Ecke noch an sozialen Spannungen und Verteilungskämpfen auf uns zukommt, sind die aktuellen Debatten um Pauschalen und Budgets das reinste Kinderspiel. In der modernen Medizin gibt es ein Bedarfsloch, einen Überhang des theoretisch Machbaren über das praktisch Finanzierbare [Krämer, 2002].

6.2.3 Rezepte zur Genesung ohne Qualitätsverlust

Aufklärungsgespräche führen, Überzeugungsarbeit leisten – das kann sehr anstrengend und mitunter auch frustrierend sein. Manche Ärztinnen sehen nicht ein, warum sie ihre kostbare Zeit für die Aufklärung von Patientinnen einsetzen sollen. Medizinerinnen sind aber integraler Bestandteil des Gesundheitswesens. Sie stehen an exponierter gesellschaftlicher Position und sind nicht nur Anwältin der Patientinnen sondern auch Stützpfiler der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung. Als Vertragspartnerinnen der sozialen Krankenversicherung sind sie außerdem den Richtlinien zur ökonomischen Verschreibeweise und Krankenbehandlung verpflichtet. Daher ist es natürlich eine gemeinsame Aufgabe die Patientinnen aufzuklären und Überzeugungsarbeit zu leisten. Nicht nur bei der medizinischen Versorgung aber auch dort ist es eine ethische und moralische Verpflichtung mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen sorgsam umzugehen.

Exemplarisch einige Vorschläge für eine verbesserte Behandlungsökonomie ohne Qualitätsverlust:

- Diagnostische Abklärung nur bei therapeutischer Relevanz
- Vermeiden von Doppelgleisigkeiten (zB: Mehrfach-Untersuchungen) durch Optimieren der Nahtstellen Allgemeinmedizinerin – Fachärztin, intramural – extramural, Medizinerinnen – andere Gesundheitsberufe durch Vernetzung und Kommunikation
- Aufbau einer flächendeckenden Qualitätssicherung durch Leitlinien und Kontrolle derselben durch eine unabhängige Einrichtung. Die Versicherten müssen die Gewissheit haben können, dass sie – egal zu welchem Arzt / welcher Ärztin wo immer in Österreich sie auch gehen – einen Qualitätsstandard erwarten können
- Medizinerinnen müssen in ihrer Ausbildung besser auf ihre späteren Aufgaben vorbereitet werden, der Fokus Diagnose - Therapie ist zu wenig. Weitere Schwerpunkte sollten sein: Psychologie, EBM, Public Health, Management
- Generika konsequent einsetzen, nicht nur bei wirkstoffgleichen Medikamenten sondern auch innerhalb der Indikationsgruppe kann oft von einem Original auf ein

Generikum eines anderen Wirkstoffes gewechselt werden (zB: Statine, Protonenpumpenhemmer)

- Vermeiden von teuren „Pseudoinnovationen“ im Medikamentenbereich, die kurz vor Auslaufen des Patentes auf den Markt gebracht werden um den Umsatzverlust durch Generika zu vermeiden
- Dem Gesundheitswesen und allen darin Beschäftigten muss mehr Identität verliehen werden durch Schaffung nationaler Gesundheitsziele und langfristiger transparenter Konzepte

7 Internationale Vergleiche

Hohe Kosten und ein gutes Gesundheitssystem haben nicht unbedingt etwas miteinander zu tun – was auch ein Blick in die USA bestätigt. Dort stehen die mit Abstand höchsten Ausgaben für das Medizinsystem einer deutlich unterdurchschnittlichen Lebenserwartung und erkennbar mangelhafter medizinischer Versorgung vor allem sozial schwächerer Schichten gegenüber.

7.1 Weltweite Vergleiche

Gesundheitssysteme sind gewachsene Strukturen. Das und die schwierige Abgrenzung von Gesundheitsleistungen zu verwandten Leistungen wie etwa der Pflege und anderen sozialen Dienstleistungen machen Systemvergleiche schwierig. Eine zentrale Frage in diesem Zusammenhang ist natürlich die Finanzierung der unterschiedlichen Systeme hinsichtlich ihres Finanzbedarfs und ihrer Mittelherkunft sowie die Effizienz und Effektivität des Mitteleinsatzes im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Die Organisation für Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) veröffentlicht regelmäßig Berichte und Statistiken, die trotz dieser Schwierigkeiten versuchen, Vergleichbarkeit herzustellen. Auch die Weltgesundheitsorganisation bringt regelmäßig Berichte zum Vergleich der Gesundheitssysteme heraus. Der im Jahr 2000 herausgebrachte World Health Report der WHO stand im Zeichen eines Benchmarkings von 191 Gesundheitssystemen weltweit. Gemessen wurden der Gesundheitszustand der Bevölkerung, die patientinnenfreundliche Behandlung und die Beitragsgerechtigkeit. Die teuersten Systeme waren nicht die besten. Bezüglich der Zielerreichung lag Österreich an zehnter, bezüglich Effizienz an neunter Stelle. Sieger waren die Franzosen, vor den Italienern. Die Schweiz lag nur an 20. Stelle, Deutschland an 25. und die USA sogar nur an 37. Stelle. Dabei muss bedacht werden, dass die USA gemessen am BIP das teuerste, die Schweiz das zweit- und Deutschland das drittteuerste Gesundheitssystem haben. Italiener und Franzosen geben nicht mehr aus als die Österreicher, setzen ihre Mittel aber offensichtlich sinnvoller ein [Rümmele, 2005, S.175].

Internationale Vergleiche stellen als Maßstab für den Mittelverbrauch eines Gesundheitswesens häufig auf den Prozentanteil der Gesundheitsausgaben am Brutto-Inlandsprodukt (BIP) ab. Österreich wird in diesen Vergleichen traditionell mit vergleichsweise niedrigen Quoten des Gesundheitswesens am BIP ausgewiesen. Diese

relativ niedrigen Quoten können durchaus kritisch hinterfragt werden, so hat Hofmarcher auf Unschärfen in der Erfassung der Gesundheitsausgaben in Österreich hingewiesen. Nach einer aktuellen Schätzung von IHS Health Econ hat das österreichische Gesundheitswesen im Jahr 2002 nicht 7,7 Prozent des BIP verbraucht, sondern 9,1 Prozent [Hofmarcher et al., 2003a, 2004b].

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes

Quelle: Health System Watch 1/2004, Tabelle A3, S. 15, herausgegeben vom Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	7,1	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6
Belgien	7,4	8,7	8,9	8,5	8,5	8,7	8,7	n.v.
Dänemark	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,6
Deutschland	8,5	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,7
Finnland	7,8	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7
Frankreich	8,6	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,5
Griechenland	7,4	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,4	9,4
Irland	6,1	6,8	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,5
Italien	8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,2	8,4
Luxemburg	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6,1	5,6	n.v.
Niederlande	8	8,4	8,3	8,2	8,6	8,7	8,6	8,9
Portugal	6,2	8,3	8,5	8,6	8,6	8,7	9	9,2
Schweden	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,7
Spanien	6,7	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Ver. Königreich	6	7	7	6,8	6,9	7,2	7,3	7,6
Schweiz	8,5	10	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7	10,9
USA	11,9	13,3	13,2	13	13	13	13,1	13,9
Bulgarien	25,2	4,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	4,5	5,9	6,1	6	5,9	6,5	5,9	5,5
Lettland	2,5	4,2	4,5	4,5	4,1	5,2	4,8	4,8
Litauen	3,3	5,2	5,4	6	6,3	6,1	6	5,7
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,3	8,8	8,9
Polen	5,3	6	6,4	6,1	6,4	6,2	n.v.	n.v.
Rumänien	2,8	3,2	3,4	3,1	4,1	4,5	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	5,9	5,8	5,8	5,7	5,7
Slowenien	5,6	7,8	7,8	7,7	7,8	7,7	8	8,2
Tschechien	5	7,3	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,3
Türkei	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	7,1	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,7	6,8
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

Auch wenn das österreichische Gesundheitswesen demnach nicht unbedingt zu den „kostengünstigsten“ Systemen unter den entwickelten Nationen gehört (und die in dieser Tabelle angegebenen Werte sind auf Grund der fehlenden Abgangsdeckung und der fehlenden Kosten im Pflegebereich unterschätzt!), besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass es bezüglich seiner Leistungsfähigkeit zu den weltweit besten Gesundheitssystemen zählt. Als Maßstäbe für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens bieten sich unter anderen folgende Faktoren an:

- Status und Entwicklung der Lebenserwartung („Life Expectancy“) bzw. in ihrer verfeinerten Form die „disability adjusted life expectancy“ („DALE“), also die „gewonnene Lebenszeit“ ohne schwere Pflegebedürftigkeit oder Behinderung
- Bestimmte gesundheitspolitische oder epidemiologische Parameter wie Kindersterblichkeit, Auftreten von Infektionskrankheiten, Durchimpfungsraten usw.
- Personenorientierung („Responsiveness“), das heißt Respekt für Würde, Vertraulichkeit und Autonomie sowie Klientinnenorientierung durch sofortige Betreuung, Qualität, soziale Unterstützung und freie Wahl des Leistungserbringers
- Die Fairness der Finanzierung und des Zugangs zu Leistungen
- Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen und mit dem individuellen Gesundheitszustand, wobei insbesondere die Zufriedenheit der älteren, kranken und sozial schwächeren Bevölkerungsschichten viel über die tatsächliche Qualität eines Gesundheitswesens aussagt

In allen diesen Vergleichsparametern hat das österreichische Gesundheitswesen beeindruckende Werte aufzuweisen. Auch in international vergleichbaren Befragungen der Bürgerinnen über die Zufriedenheit mit ihrem Gesundheitssystem erreicht Österreich Spitzenwerte [Probst, 2005].

7.1.1 Effizienz und Wirtschaftlichkeit

Nach der ökonomischen Idee, kann die Effizienz eines Systems aber weder alleine aufgrund der Kosten, noch alleine durch die erbrachten Leistungen bestimmt werden. Was zählt ist einzig das Verhältnis von eingesetzten Ressourcen zu produzierten Gütern oder Dienstleistungen. Von Wirtschaftlichkeit kann nur gesprochen werden, wenn mit den eingesetzten Mitteln nicht mehr produziert werden kann, oder umgekehrt, ein System ist nur dann ineffizient, wenn die erbrachten Leistung auch mit weniger Inputs möglich wäre.

Die Frage, ob das Gesundheitswesen zu hohe Kosten verursacht, ist also ohne den Vergleich, welche Leistungen erbracht werden, nicht sinnvoll [Luhan, 2004, S.15].

Die Frage nach der Effizienz, also der Angemessenheit der bezahlten Abgaben in Bezug auf die erbrachten Leistungen wird auch im Gesundheitswesen zunehmend öfter gestellt. Bei der Beantwortung dieser Frage stößt man aber auf eine Reihe von Problemen:

- Es gibt kein genau definiertes Outputmaß, dem man die Kosten für die Inputs gegenüberstellen könnte. Gesundheit an sich ist kein greifbares Gut und neben

der medizinischen Versorgung haben neben dem Gesundheitswesen auch eine Unzahl weiterer Faktoren Einfluss auf die Gesundheit

- Ein großes Problem ist die Datensuche. Einige globale Organisationen (z.B. WHO, EU, OECD) bieten zwar sehr umfangreiche Datenbanken an, jedoch ist keines der Mitgliedsländer zur Bereitstellung von Daten verpflichtet, daraus ergeben sich „Lücken“ in den Datensätzen
- Die Vergleichbarkeit der Daten ist erheblich beeinträchtigt, weil bestimmte Indikatoren in verschiedenen Ländern unterschiedlich definiert werden. Selbst große Organisationen haben keine einheitlichen Richtlinien, so berechnet die WHO beispielsweise Lebenserwartungen, die sich von denen der OECD völlig unterscheiden
- Gesundheitsausgaben sind nur beschränkt miteinander vergleichbar, weil die Vorgaben der OECD keine verpflichtenden Regeln darstellen und außerdem Spielraum für persönliche Interpretationen lassen
- Pflegeausgaben sind in manchen Ländern in den „Gesamt Gesundheitsausgaben“ enthalten, in anderen nicht. In Österreich wird die „Defizitabdeckung der Spitäler“ bei den OECD-Zahlen nicht berücksichtigt und damit die Kosten für den stationären Sektor erheblich unterschätzt

Ist es nun gut oder schlecht für einen Staat, wenn hohe/niedrige Gesundheitsausgaben entstehen?

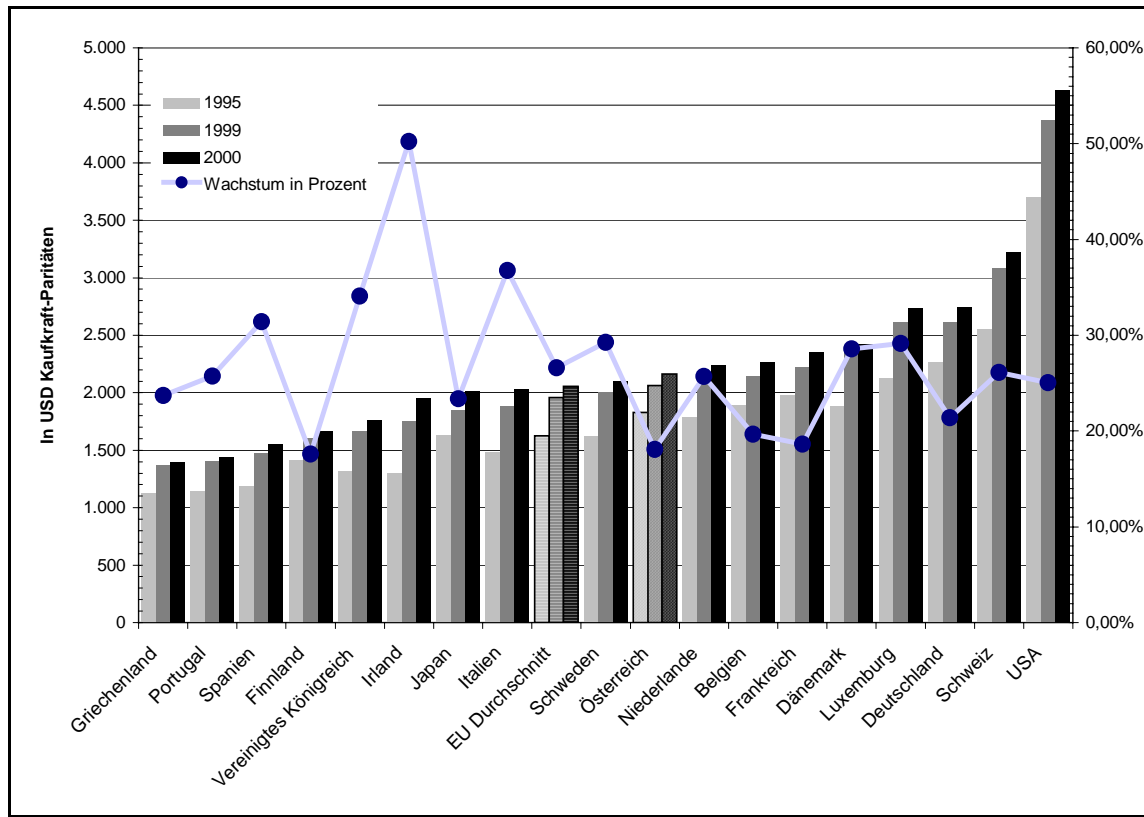
Diese Frage kann ohne eine Gegenüberstellung mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung prinzipiell nicht beantwortet werden. Erst aus dem Effizienzvergleich wird deutlich, ob die eingesetzten Mittel einen entsprechenden Nutzen für die Bevölkerung brachten oder nicht [Luhan, 2004, S.45].

Die folgenden Grafiken entstammen der Arbeit von Luhan über die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems und vergleichen die Daten von 18 Ländern: der EU-15-Länder plus die Daten der USA, der Schweiz und Japans.

Während Europa über staatlich oder sozialversicherungsrechtlich organisierte Gesundheitssysteme verfügt, besteht in den USA ein größtenteils marktwirtschaftlich organisiertes System. Der Vergleich mit Japan ist interessant, weil es das Land mit der weltweit höchsten Lebenserwartung ist.

Abbildung 27: Gesamt Gesundheitsausgaben pro Kopf 1995-2000

Quelle: Luhan, Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems, S. 48



Österreich befindet sich knapp über dem EU-Durchschnitt mit im Vergleich geringen Wachstumsraten. Die international durchwegs steigenden Ausgaben sind wahrscheinlich auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- Wachsende Kapazitäten und steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch angebotsinduzierte Nachfrage
- Steigerung der Kosten durch technischen Fortschritt
- Demografische Entwicklung

Ein häufig verwendeter Indikator für die Gesundheitsausgaben ist die „Gesundheitsquote“, die eine Beziehung der Ausgaben zum Bruttoinlandsprodukt herstellt. Manche Autorinnen betrachten sie als Indikator für die Präferenz einer Gesellschaft für das Gesundheitssystem, andere sehen in ihr einen Indikator für die Kostendämpfungspolitik.

Ob die oft angesprochene „Kostenexplosion“ der Gesundheitsausgaben tatsächlich existiert (die Ausgaben für das Gesundheitswesen steigen stärker als das BIP) bzw. wie stark der Anstieg im Verhältnis zum BIP ist, lässt sich aus der Gesundheitsquote einfach ablesen.

Tabelle 3: Gesamte Gesundheitsausgaben gemessen in Prozent des BIP für die EU, Schweiz, Japan und die USA

Quelle: Luhan, Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems, S. 51

	1995	2000	Prozentuelle Veränderung 1995 - 2000	Durchschnittliche Wachstumsrate 1995 - 2000
Belgien	8,55%	8,58%	0,44%	0,09%
Dänemark	8,20%	8,33%	1,54%	0,31%
Deutschland	10,57%	10,59%	0,23%	0,05%
Finnland	7,54%	6,64%	-11,92%	-2,51%
Frankreich	9,60%	9,45%	-1,47%	-0,30%
Griechenland	8,88%	8,26%	-7,00%	-1,44%
Irland	7,19%	6,72%	-6,61%	-1,36%
Italien	7,38%	8,06%	9,28%	1,79%
Japan	7,00%	7,76%	10,87%	2,09%
Luxemburg	6,36%	5,8%*	-8,83%	-1,83%
Niederlande	8,41%	8,11%	-3,52%	-0,71%
Österreich	8,17%	7,82%	-4,33%	-0,88%
Portugal	8,30%	8,17%	-1,58%	-0,32%
Schweden	8,13%	8,4%*	3,30%	0,65%
Schweiz	9,95%	10,71%	7,57%	1,47%
Spanien	7,74%	7,67%	-0,92%	-0,18%
USA	13,26%	12,99%	-2,06%	-0,42%
Vereinigtes Königreich	6,96%	7,25%	4,10%	0,81%
EU Durchschnitt	8,13%	7,99%	-1,74%	-0,35%

* WHO Schätzungen für die Jahre 1999 und 2000

© OECD Gesundheitsdaten 2002 4. Ed.

WHO Regional Office EUROPE

Eigene Berechnungen

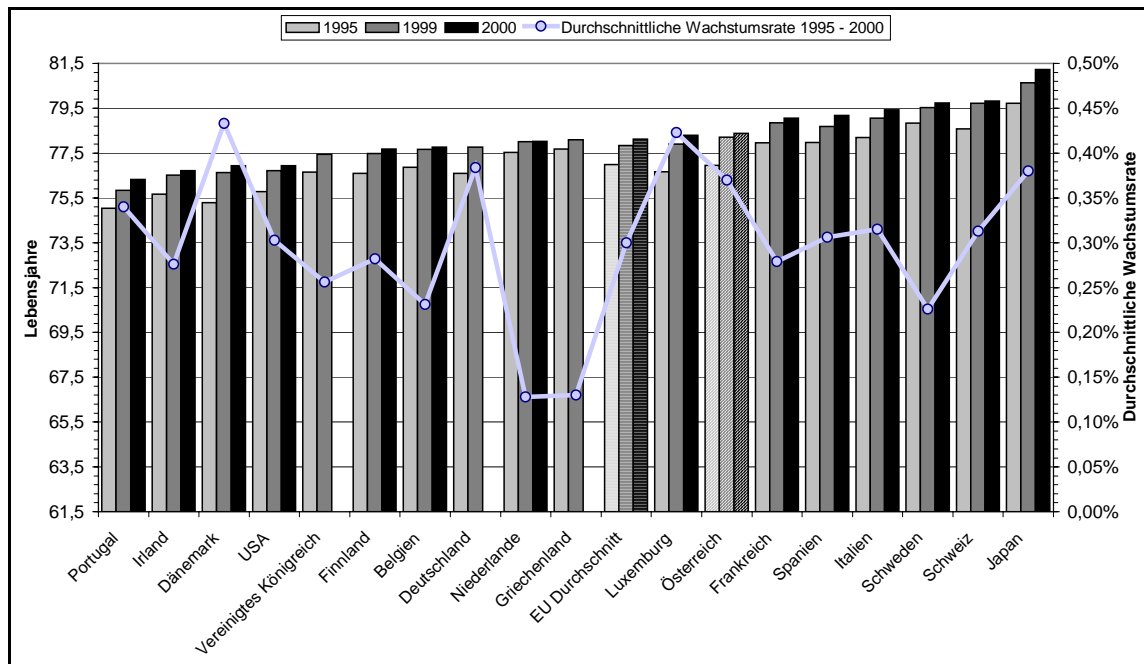
Aus der Tabelle wird deutlich, dass in Österreich in der zweiten Hälfte der Neunziger Jahre von einer Explosion der Ausgaben nicht die Rede sein kann, die Gesundheitsquote ist sogar rückgängig verlaufen.

Die statistische Lebenserwartung bei Geburt (gewichteter Durchschnitt der Lebenserwartungen aller Alterskohorten) wird in der Effizienzbewertung als Outputgröße verwendet. Die Lebenserwartung bei der Geburt betrug in Österreich, im Jahr 2000, 78,38 Jahre und lag somit an siebter Stelle der betrachteten Länder, gereiht nach den höchsten Lebenserwartungen.

Die höchste Lebenserwartung der Länder-Stichprobe hatte Japan mit 81,23 Jahren, und sie lag 1,42 Lebensjahre über der des Zweitplatzierten, der Schweiz.

Abbildung 28: Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung bei der Geburt

Quelle: Luhan, Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems, S. 72



Österreich liegt mit der Lebenserwartung knapp über dem EU-Durchschnitt und verzeichnete eine überdurchschnittliche Steigerung der Lebenserwartung.

Luhan kommt bei der Effizienzbewertung zu folgendem Ergebnis [Luhan, 2004, S.86ff]:

- *Im Jahr 2000 wurden in Österreich 2.160 US-Dollar (gemessen in Kaufkraftparitäten) pro Kopf für das Gesundheitswesen ausgegeben*
- *Damit wurden 3,23 Ärztinnen, 15,6 Personen des Krankenhauspersonals und 6,2 akut-stationäre Krankenhausbetten pro eintausend Einwohner bereit gestellt*
- *Im Vergleich der internationalen Rankings bedeutete dies den neunten Platz gereiht nach der Höhe der Ausgaben, die elfthöchste Ärztinnendichte, die dritthöchste Dichte an Krankenhauspersonal und die zweithöchste Anzahl an Krankhausbetten*
- *Fasst man dies zusammen so kann man auf ein durchaus effizientes Gesundheitssystem schließen*

Mir persönlich erscheint diese Schlussfolgerung aufgrund der wegen der fehlenden Abgangsdeckung in den OECD-Zahlen deutlich unterschätzten Gesundheitsausgaben so nicht gerechtfertigt.

7.2 Europäische Union

Die einschlägigen Daten zeigen, dass die EU-Bürgerinnen länger leben als jemals zuvor, inwieweit dies auch eine Zugewinn an Lebensqualität bedeutet ist nicht eindeutig zu beantworten und von Fall zu Fall unterschiedlich. Derzeit ist bei den meisten Risikofaktoren in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten ein positiver Trend zu verzeichnen. Dennoch besteht Spielraum für Fortschritte in den Bereichen Bildung, Beschäftigung, Pro-Kopf-Einkommen und Gleichbehandlung. Die Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung und Armut hat zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation geführt.

Die Gesundheitspolitik könnte sich zum Ziel setzen, nicht nur die vorzeitige Mortalität zu verhindern sondern auch die Lebensbedingungen älterer Menschen zu verbessern und deren Lebensqualität zu steigern. Soll es in der EU gelingen eine umfassende Gesundheitspolitik zu planen und durchzuführen müssen auch die Auswirkungen anderer Politikbereiche auf die Gesundheit berücksichtigt werden [Europäische Kommission, 2003].

Seit dem 17. Jahrhundert werden Gesundheitsstatistiken benutzt, um gegen Probleme in der Gesundheitsversorgung anzugehen, Sozialmedizinerinnen haben Krankheitsmuster in der Gesellschaft und deren Determinanten ermittelt mit dem Ziel, die Gesundheitssituation zu verbessern. Die Erfassung der Gesundheitssituation ist ein schwieriges Unterfangen, geht es doch um weit mehr als nur um die Frage, ob eine Erkrankung vorliegt oder nicht. Gegenwärtig verfügbare Daten liefern kein taugliches Maß für die internationale Vergleichbarkeit von Lebensqualität, deshalb werden die Parameter Lebenserwartung, Morbidität, vorzeitige Mortalität und Behinderung untersucht. Die Informationen stammen aus verschiedenen Quellen, hauptsächlich von internationalen Organisationen, die Gesundheitsdaten erheben. Eurostat (statistisches Amt der europäischen Union) liefert Daten zu Bevölkerung und Demografie, das europäische Regionalbüro der WHO (Weltgesundheitsorganisation) Daten zu Morbidität und Mortalität, die OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) dient als Quelle der sozioökonomischen Daten und der Gesundheitsversorgungsdaten.

Für die folgenden Ausführungen gilt (wenn nicht anders angegeben):

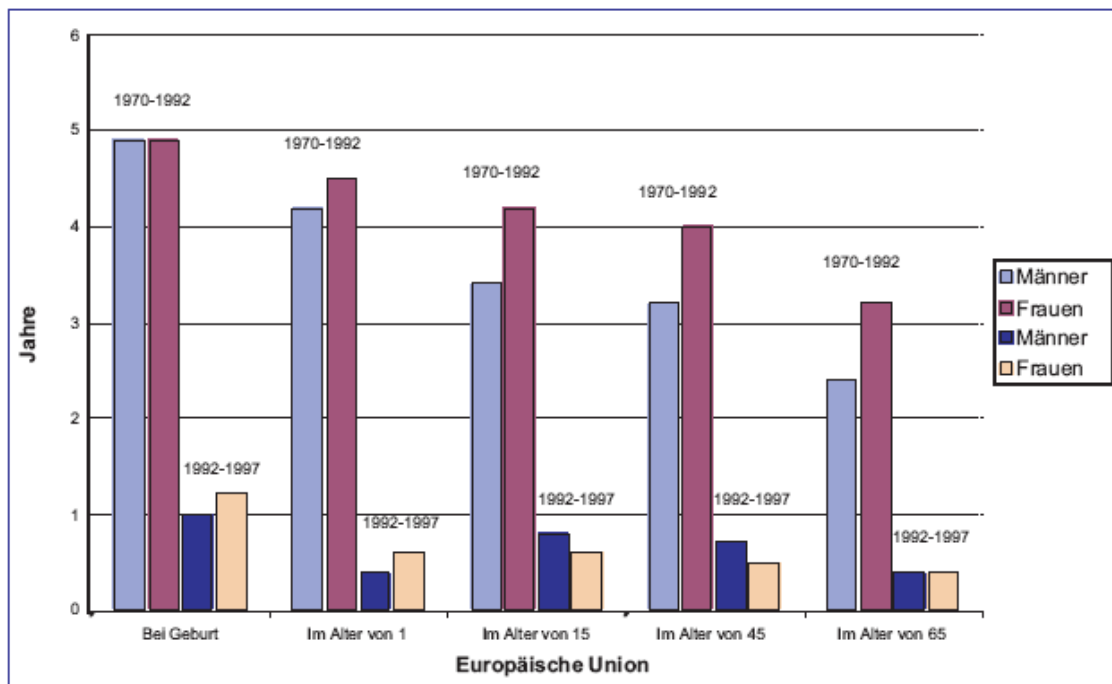
- Die Referenzjahre sind 1970 und 1992
- Die Trends werden für den Zeitraum 1970 bis 1997 untersucht
- Die Mortalität bezieht sich auf altersstandardisierte Sterberaten

7.2.1 Lebenserwartung

Jahr für Jahr nimmt die Lebenserwartung der EU-Bürgerinnen zu, Frauen leben länger als Männer, die Unterschiede zwischen den Ländern werden kleiner.

Abbildung 29: Zunahme der Lebenserwartung 1970-1992 und 1992-1997

Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der europäischen Union, S.10 (HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark)



Seit 1970 ist die Lebenserwartung in allen Altersgruppen gestiegen, am deutlichsten die Durchschnittslebenserwartung bei der Geburt:

- Bei Männern um 5,8 Jahre von 68,6 auf 74,4 Jahre
- Bei Frauen um 6,1 Jahre von 74,9 auf 81 Jahre

Die Mitgliedstaaten mit der geringsten Lebenserwartung sind Dänemark und Irland, beide bezogen auf das Alter 45, sowie Portugal, bezogen auf das Alter 0, 1, 15 und 65.

Die höchste Lebenserwartung bei der Geburt findet man in Schweden, im Alter von 1 in Schweden und Frankreich und im Alter von 15, 45 und 65 in Frankreich.

Wenn man Ländercluster bildet kann man relativ homogene Gruppen in Datensätzen ermitteln. Dies ist bei kleinen Stichproben angemessen und erlaubt es, die Länder in drei Performance-Gruppen zu unterteilen. Verwendet wurde das Programmpaket SPSS V 10 [Europäische Kommission, 2003, S.63].

Abbildung 30: Ländercluster nach Lebenserwartung in unterschiedlichen Altersgruppen 1997 Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der EU, S.9

	Cluster mit der höchsten Lebenserwartung		Cluster mit mittlerer Lebenserwartung		Cluster mit der niedrigsten Lebenserwartung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bei Geburt, mit 1 Jahr und mit 15 Jahren	Schweden	Frankreich, Italien, Spanien, Schweden	Österreich, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Niederlande, Vereinigtes Königreich (VK)	Österreich, Belgien, Finnland, Deutschland, Griechenland, Luxemburg, Niederlande, Vereinigtes Königreich	Belgien, Dänemark, Finnland, Irland, Portugal	Dänemark, Irland, Portugal
Im Alter von 45 Jahren	Frankreich, Griechenland, Italien, Spanien, Schweden	Frankreich	Österreich, Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Vereinigtes Königreich	Österreich, Belgien, Finnland, Deutschland, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Niederlande, Schweden	Dänemark, Finnland, Irland, Portugal	Dänemark, Irland, Portugal, Vereinigtes Königreich
Im Alter von 65 Jahren	Frankreich, Griechenland, Italien, Spanien, Schweden	Frankreich	Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Deutschland, Luxemburg, Portugal, Niederlande, Vereinigtes Königreich	Österreich, Belgien, Finnland, Deutschland, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Niederlande, Schweden, Vereinigtes Königreich	Irland	Dänemark, Irland, Portugal

Dabei kann man erkennen, dass Österreich in allen Altersgruppen sowohl bei Männern als auch bei Frauen in dem Cluster mit mittlerer Lebenserwartung liegt. Im Vergleich zu Frankreich, Schweden und den Mittelmeerländern Italien, Spanien und Griechenland wären also durchaus noch Verbesserungen anzustreben.

Da die Bevölkerung der EU zunehmend altert, bleibt die Sterblichkeitsrate der Personen über 65 ein wichtiger Indikator für die Gesundheitssituation in dem am schnellsten wachsenden Bevölkerungsteil. Bedingt durch effektive Gesundheitsförderung und wirksamere medizinische Therapie wird der Ausbruch und/oder das Endstadium vieler chronischer Erkrankungen in diese Altersgruppe verlagert. Eine künftige Verschlechterung

in dieser Gruppe kann also durchaus Indiz sein für eine bessere Gesundheitssituation in der Altersgruppe unter 65.

Die Mortalität der unter 65-Jährigen (vorzeitige Mortalität) wird oft als Indikator für die Häufigkeit vermeidbarer Todesfälle herangezogen. Betrachtet wird daher oft die Mortalität der unter und der über 65-Jährigen in getrennten Darstellungen.

7.2.2 Mortalität und Morbidität

Mortalitätsdaten sind für internationale Vergleiche am zuverlässigsten, beachtet werden muss allerdings, dass die Daten sehr unterschiedliche Qualität aufweisen.

Abbildung 31: Haupttodesursachen in verschiedenen Altersgruppen

Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der EU, S.11

Alter in Jahren	Haupttodesursachen	
	Männer	Frauen
< 1	Perinatale Probleme und plötzlicher Kindstod	
1-4	Verkehrsunfälle	
5-9	Verkehrsunfälle	
10-14	Verkehrsunfälle	
15-19	Verkehrsunfälle	
20-24	Verkehrsunfälle	
25-29	Verkehrsunfälle	
30-34	Verkehrsunfälle	Suizid
35-39	Suizid	Brustkrebs
40-44	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
45-49	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
50-54	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
55-59	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
60-64	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
65-69	Ischämische Herzkrankheiten	
70-74	Ischämische Herzkrankheiten	
75-79	Ischämische Herzkrankheiten	
80-84	Ischämische Herzkrankheiten	Schlaganfall
≥ 85	Erkrankungen des Lungenkreislaufs und Herzerkrankungen	

Anmerkung: Übernommen von Abel-Smith u. a., 1997.

Deutlich wird die Bedeutung der Verkehrsunfälle für die unter 30-Jährigen, die Todesursache Herzkreislauferkrankungen bei Männern ab dem 40. Lebensjahr und bei beiden Geschlechtern ab dem 65. Lebensjahr (hier wird deutlich, dass Frauen erst nach der Menopause im Risiko für die Herz-Kreislauferkrankungen mit Männern gleichziehen), sowie die Sterblichkeit an Brustkrebs bei Frauen zwischen 35 und 65 Jahren. Deutlich

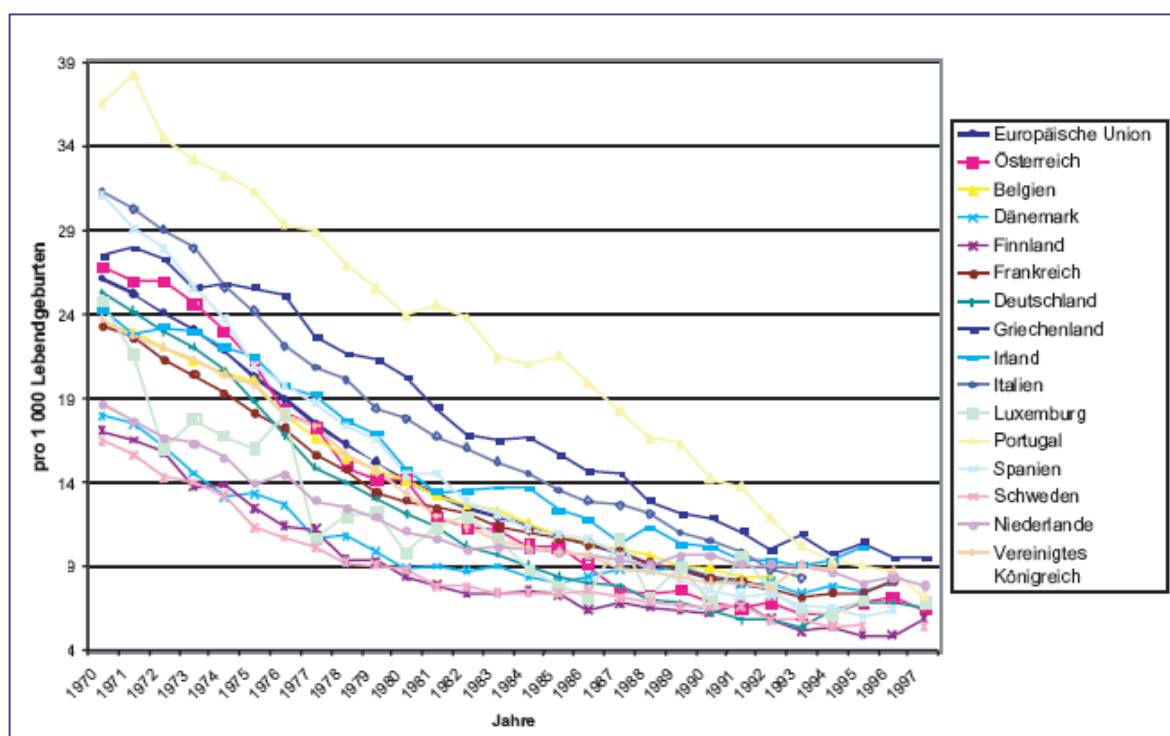
wird bei den 30-40-Jährigen die Bedeutung der Suizide als Todesursache (weil in dieser Altersgruppe andere Todesursachen selten sind).

7.2.2.1 Perinatalsterblichkeit

Seit mehr als drei Jahrzehnten gibt es einen kontinuierlichen Rückgang, Österreich gehört zu dem Ländercluster mit der niedrigsten perinatalen Mortalität.

Abbildung 32: Perinatalsterblichkeit 1970-1997

Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der EU, S.13 (Eurostat, New Cronos, 1999)

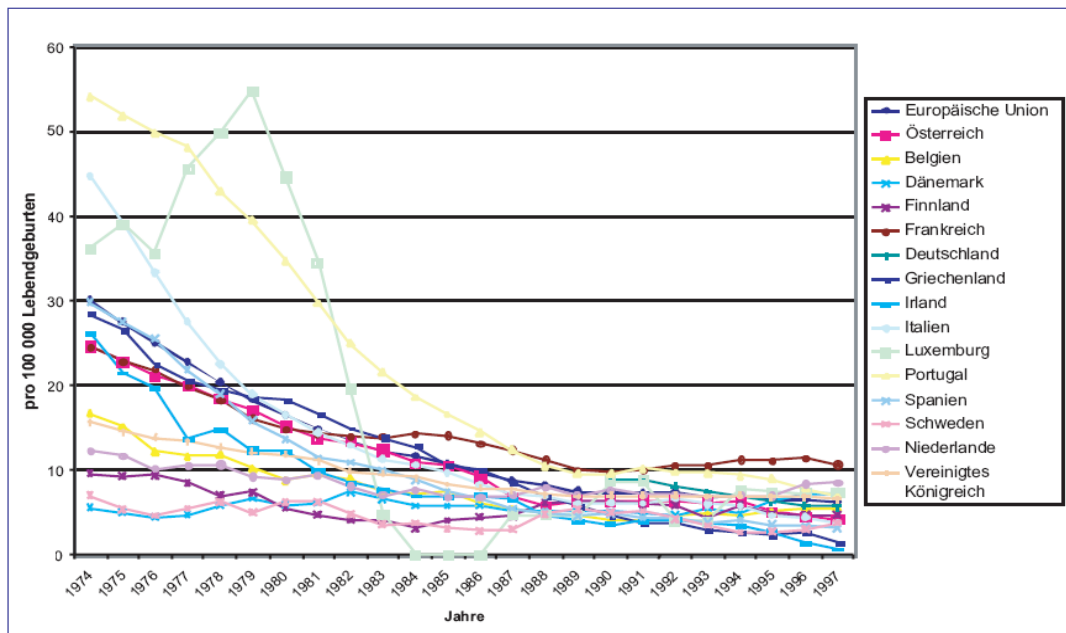


7.2.2.2 Müttersterblichkeit

Gilt als Indikator für die Qualität der Geburtshilfe in einem Land. Schwangerschaftsbedingte Diagnosen sind mit großem Abstand der Hauptgrund für Krankenhauseinweisungen bei Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Österreich gehört auch hier zum Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität (neben Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg und Spanien. Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt eines Kindes (aller Kinder) nimmt in der EU durchweg zu, was neben der geringeren Zahl an Kindern je Mutter Grund für die niedrigen Fertilitätsraten ist.

Abbildung 33: Müttersterblichkeit, alle Todesursachen: 1974-1997

Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der EU, S.16 (HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark)

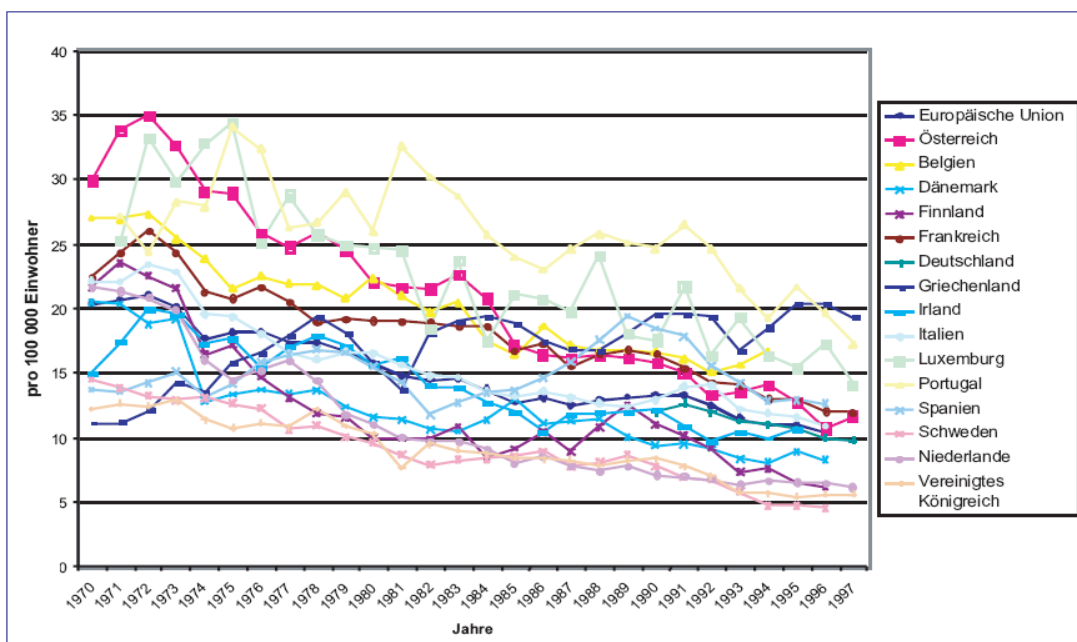


7.2.2.3 Unfälle

Unfälle sind die Haupttodesursache bei jungen Menschen (vermeidbare Todesfälle).

Abbildung 34: standardisierte Sterberaten durch Straßenverkehrsunfälle bis 65

Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der europäischen Union, S.17 (HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark)



Da diese Todesfälle im jungen Alter auftreten, besteht hier Potential für eine weitere Erhöhung der Lebenserwartung und eine Verringerung von Fällen dauernder Behinderung. Die Zahl der Unfälle und die damit verbunden Mortalität sind in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich, Österreich gehört zum Cluster mit der mittleren Mortalität, in diesem Bereich gibt es also noch Verbesserungspotential.

7.2.2.4 Psychische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen und Suizide:

Um die 20% der EU-Bevölkerung leidet unter irgendeiner Form von psychischen Gesundheitsproblemen (z.B. Essstörungen, Demenz, Schizophrenie). Die Prävalenz der Schizophrenie wird auf 1% geschätzt, zuverlässige Daten liegen nicht vor. Die Prävalenz von Demenz steigt von 1% im Alter von 65 auf 30% im Alter von 85 Jahren (und älter). Zwischen 60 und 95 Jahren verdoppelt sich die Prävalenz von Demenz nahezu alle fünf Jahre. Die Prävalenz der Parkinson`schen Krankheit steigt von 0,6% im Alter von 65 auf 3,5% im Alter von 85 Jahren (und älter), ohne signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Damit ist diese Erkrankung eine der häufigsten neodegenerativen Krankheiten bei älteren Menschen, Unterschiede zwischen den Ländern erscheinen nicht signifikant. Wir können ahnen welche Herausforderung auf Grund der demographischen Entwicklung die Betreuung dieser Bürgerinnen bedeuten wird.

Abbildung 35: standardisierte Rate der Todesfälle durch Suizid und Selbstverletzung bei Männern unter 65 Jahren 1970-1997

Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der EU, S.18 (HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark)

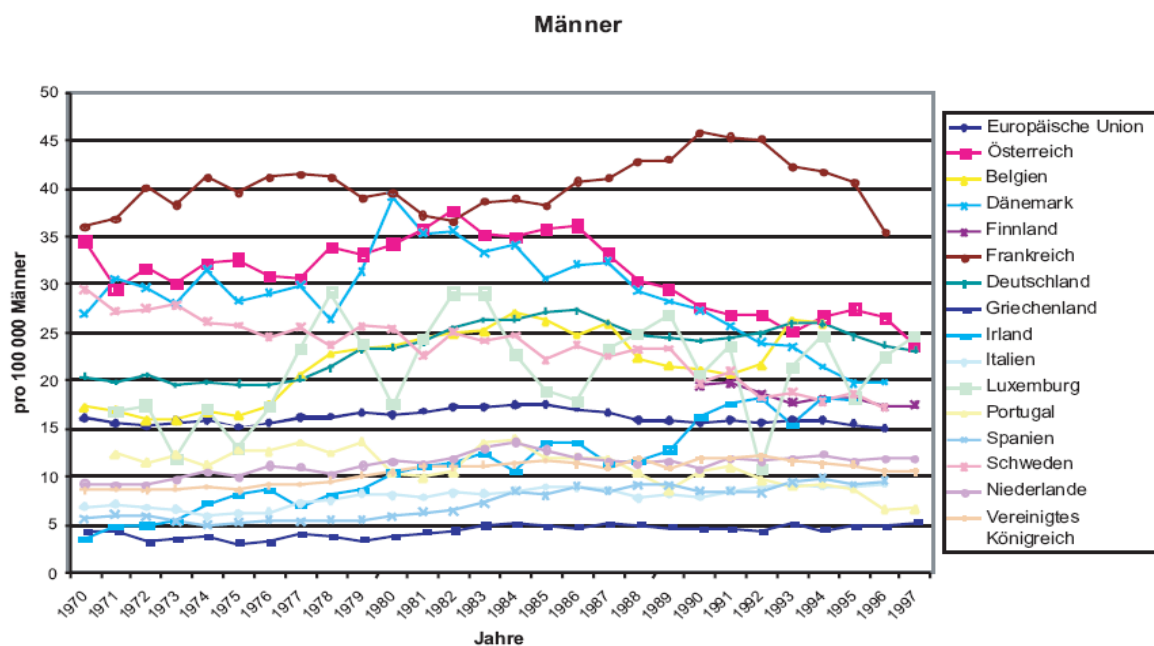
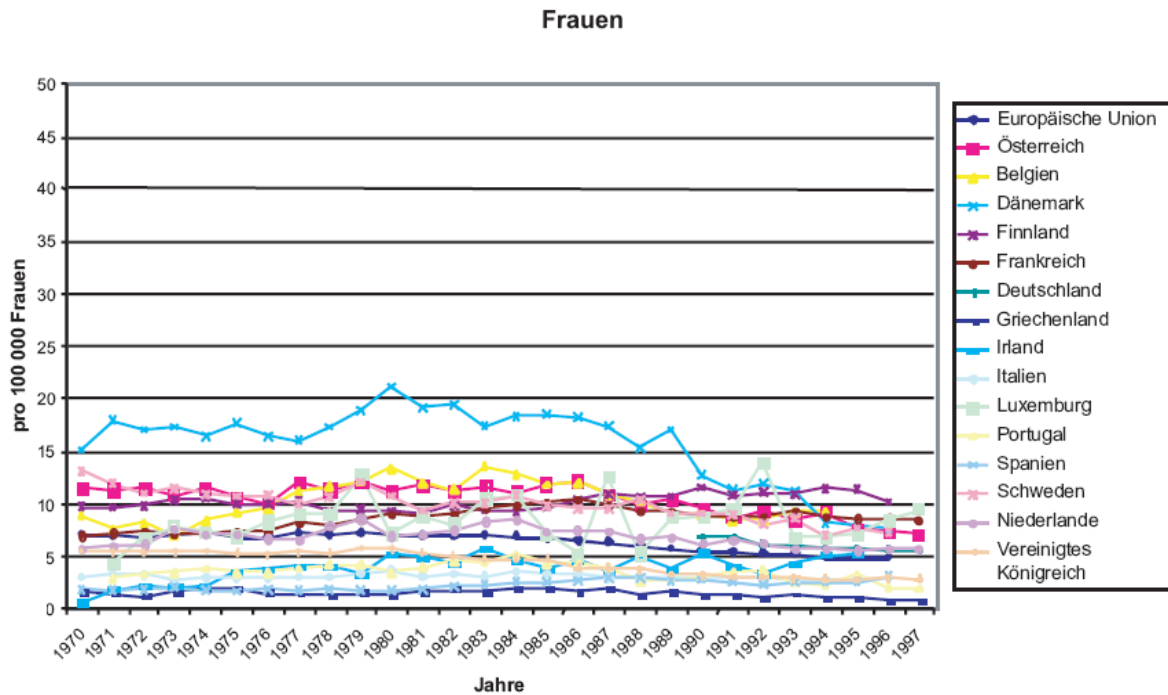


Abbildung 36: standardisierte Rate der Todesfälle durch Suizid und Selbstverletzung bei Frauen unter 65 Jahren 1970-1997

Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der EU, S.18 (HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark)



Da Suizide häufig bei jungen Menschen vorkommen, sind sie eine der Haupttodesursachen für den Verlust von Lebensjahren.

7.2.2.5 Krebserkrankungen

Krebserkrankungen sind in allen EU-Mitgliedstaaten eine der Haupttodesursachen, im mittleren Lebensalter wird Krebs zur vorherrschenden Todesursache. Im Wesentlichen zurückzuführen ist dies nicht auf eine Zunahme der Krebserkrankungen, sondern auf den Rückgang anderer Todesursachen. 35% aller Todesfälle bei Personen unter 65 Jahren sind die Folge von Krebserkrankungen.

Die allgemeine Krebsinzidenz nimmt leicht zu, die Krebsmortalität zeigt eine beständigen Abwärtstrend. Dies ist nicht nur mit den besseren therapeutischen Möglichkeiten zu erklären, sondern auch mit der Tatsache, dass durch Screening und intensive Diagnostik oft auch Krebserkrankungen diagnostiziert werden, die niemals klinische Symptome bereitet hätten. Menschen sterben oft mit Krebserkrankungen (oftmals ohne davon zu wissen) und nicht an ihnen. Die Diagnose dieser „Pseudoerkrankungen“ führt auch zu

Therapien mit entsprechenden Nebenwirkungen, die den Patientinnen keinen Nutzen bringen, weil sie ja nicht erkrankt wären.

7.2.2.6 Kreislaufkrankungen

Die Hälfte der Todesfälle der Kreislaufkrankungen entfällt auf ischämische Herkrankheiten, ein Drittel auf Schlaganfälle. Bluthochdruck ist sowohl eine eigenständige Krankheit als auch eine Determinante für andere Kreislaufkrankungen. Auch der Diabetes wird zu dieser Gruppe gezählt, da er eine der wichtigsten Determinanten für diese Krankheitsgruppe ist.

Ischämische Herkrankheiten sind die Haupttodesursache bei Kreislaufkrankungen und die häufigste Einzeltodesursache bei den unter 65-Jährigen, Österreich gehört zum Cluster der mittleren Mortalität. Die Mortalität der unter 65-Jährigen ist bei ischämischen Herkrankheiten für beide Geschlechter und in allen Mitgliedstaaten rückläufig.

Auch die vorzeitige schlaganfallbedingte Mortalität im Alter unter 65 Jahren ist in allen Mitgliedstaaten für beide Geschlechter rückläufig. Schlaganfälle sind neben der Sterblichkeit eine der Hauptursachen für schwere Behinderungen besonders im höheren Alter. Neben persönlichem Leid und stark reduzierter Lebensqualität verursachen sie einen nicht unerheblichen Teil der Pflegemaßnahmen und sind Grund für langdauernde stationäre Aufenthalte und Aufnahmen in Altersheimen.

7.2.3 Behinderungen

Die Prävalenzrate für Aktivitätseinschränkungen ist in den Mitgliedsstaaten der EU unterschiedlich, in den meisten Mitgliedsstaaten liegt sie bei 12% (die Daten sind jedoch nicht ausreichend und nur schwer vergleichbar).

Dauerhafte Behinderungen sind oft verursacht von chronischen Erkrankungen wie Osteoporose und Arthritis sowie Folgezustand von Erkrankungen wie Krebs, Schlaganfall, Unfällen, Demenz und perinatalen Problemen. Die Mehrheit der Behinderten gehört zur Gruppe der älteren Menschen. Steigende Lebenserwartung ist aber nicht automatisch mit einer Verlängerung der Lebenszeit mit Behinderung verbunden.

7.2.4 Determinanten für Morbidität und Mortalität

Unterschiedliche Ursachen sind für die wesentlichen Gesundheitsprobleme verantwortlich, diese Determinanten stehen in einer sehr komplexen Wechselwirkung zueinander:

- Schlechte Umweltbedingungen
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, kurative Leistungen
- Persönliches Verhalten (Rauchen, Alkoholmissbrauch, unzureichende Ernährung, Drogen, körperliche Inaktivität)

Das aggregierte Ergebnis ist das, was wir als Gesundheitszustand bewerten.

Abbildung 37: Determinanten von Morbidität und Mortalität

Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der EU, S.18

Gesundheitsproblem	Determinanten	
Geringes Geburtsgewicht und Frühgeburtlichkeit	Rauchen, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status
Unfälle/Verletzungen	Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Umweltbedingungen, Zugang zu hochwertiger Unfallversorgung	
Neuropsychiatrisch	Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch	
Krebserkrankungen	Rauchen, Ernährung, Fettleibigkeit, Bewegung, Alkoholmissbrauch, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	
Kreislaufkrankheiten	Rauchen, Alkoholmissbrauch, Ernährung, Fettleibigkeit, Bewegung, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	
Infektionen	Ernährung, Lebensmittel- und Trinkwassersicherheit, Drogenmissbrauch, Sexualverhalten, Reisen, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	
Asthma und andere respiratorische Probleme	Umweltbedingungen, Rauchen, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	

7.2.5 Gesundheitsausgaben

Für die Gesundheitspolitik ist bedeutsam die tatsächlichen Finanzierungsströme zu kennen und zwar sowohl in Hinblick auf das Niveau der Gesundheitsausgaben als auch in Bezug auf die Wachstumsdynamik. In Österreich sind die offiziellen Statistiken über die Gesundheitsausgaben im Rahmen geltender Vorschriften korrekt. Wichtig ist aber darauf hinzuweisen, dass die tatsächlichen Gesundheitsausgaben in Österreich höher sind als offiziell ausgewiesen.

Ein EU-weiter Vergleich der Gesundheitsausgaben ist nur bedingt möglich, da sich nicht alle Mitgliedsländer an jene Vorgaben halten, die die OECD im Mai 2000 im Zuge der Publikation „A System of Health Accounts“ als Richtlinien, wie Gesundheitsausgaben im Hinblick auf einen internationalen Standard klassifiziert werden sollen, veröffentlicht hat [Hofmarcher et al, 2003a].

Abbildung 38: Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben

Quelle: Hofmarcher et al., 2003a, S. 2

Gruppe 1: Hohe Vergleichbarkeit	EU/Beitrittsländer: Dänemark, Frankreich*, Deutschland*, Ungarn, Niederlande*, Vereinigtes Königreich Sonstige OECD-Länder: Australien, Kanada, Japan, Korea, Schweiz*, Vereinigte Staaten	Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt genau nach der OECD/SHA-Abgrenzung Definitionsunterschiede in zwei Teilaggregaten der gesamten Gesundheitsausgaben: Ausgaben für Krankenhausleistungen bzw. Ausgaben für Arzneimittel
Gruppe 2: Begrenzte Vergleichbarkeit	EU/Beitrittsländer: Tschechien, Finnland, Polen, Spanien, Türkei Sonstige OECD-Länder: Mexiko, Neuseeland	Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt nicht vollständig nach der OECD/SHA-Abgrenzung
Gruppe 3: Geringe Vergleichbarkeit	EU/Beitrittsländer: Österreich*, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg*, Portugal, Slowakei, Schweden Sonstige OECD-Länder: Island, Norwegen	Berechnung der Gesundheitsausgaben beruht auf nationalen volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, welche für die Schätzung der Gesundheitsausgaben wenig geeignet sind und Probleme im internationalen Vergleich darstellen
Gruppe 4: Geringe Vergleichbarkeit	EU/Beitrittsländer: Belgien* Sonstige OECD-Länder: -	Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt vom OECD-Sekretariat, auf Basis von volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und anderen Quellen

* Sozialversicherungsländer

Quelle: OECD Health Data 2002.

Die Probleme der Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben relativieren auch alle Aussagen zur Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems.

7.2.6 Soziale Lage in der europäischen Union

Der Gesundheitszustand der Bürgerinnen ist ein wichtiger Faktor der Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft, Verbesserungen der Gesundheit können zu einer Verbesserung des Wachstumspotentials führen (höhere Produktivität, längeres Berufsleben, weniger Fehlzeiten, weniger Behandlungsbedarf und niedrigere Erwerbsunfähigkeit). Dem

Gesundheitszustand der Bürgerinnen kommt eindeutig auch der Einkommenssicherungseffekt der sozialen Sicherungssysteme zugute.

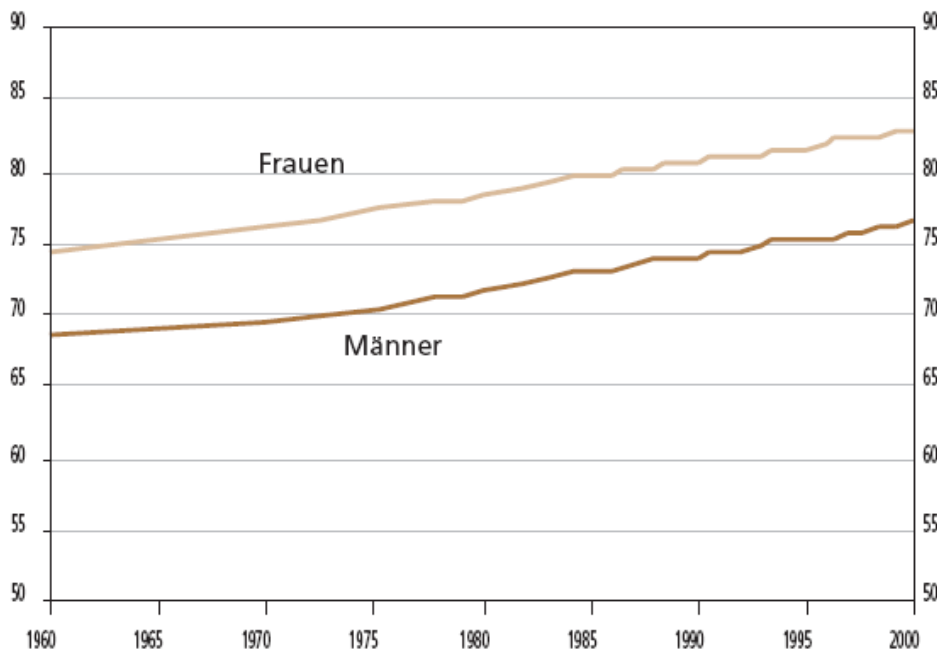
7.2.6.1 Entwicklungstrends

Im Durchschnitt verbessert sich der Gesundheitszustand der EU-Bürgerinnen. 2000 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt für EU-15 („alte EU-Länder“) 78 Jahre (75 für Männer, 81 für Frauen). Damit liegen diese Länder besser als die USA (74 für Männer und 80 für Frauen), jedoch schlechter als Japan (78 für Männer und 84 Jahre für Frauen).

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist aber nicht nur ein sozialer Indikator sondern auch ein wichtiger wirtschaftlicher. Eine Analyse über Makroökonomie und Gesundheit ergibt, dass die unterschiedlichen wirtschaftlichen Wachstumsraten zu einem beachtlichen Teil durch den Gesundheitszustand bedingt werden [Europäische Kommission, 2003b].

Abbildung 39: Lebenserwartung von Männern und Frauen, EU-15, 1960-2000

Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 18



Quelle : Eurostat

Die engen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren (z.B. Bildungsstand, Familienstrukturen, Einkommen, Beschäftigung) und Gesundheit können in allen

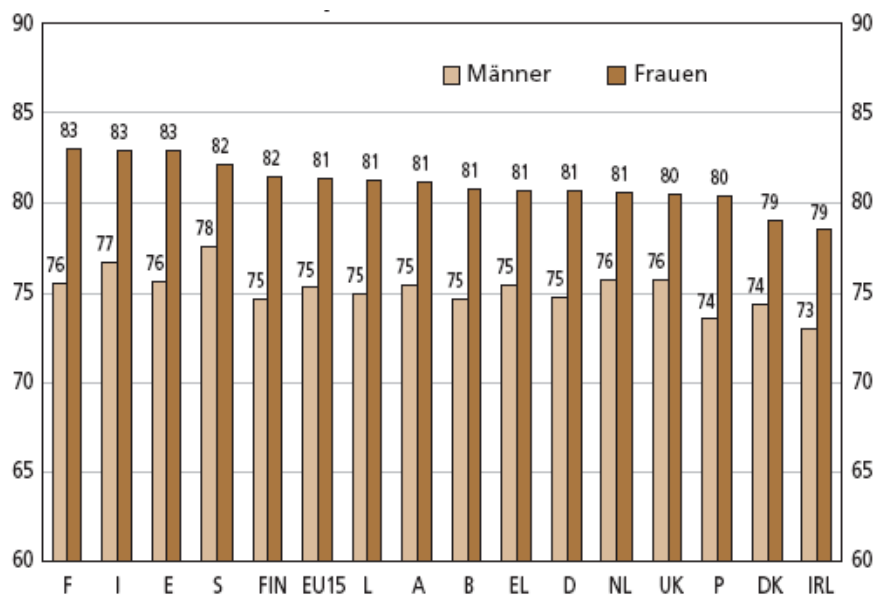
Mitgliedsstaaten beobachtet werden, und die Ungleichheiten beim Gesundheitszustand sind noch immer erheblich.

Dabei besteht in armen Ländern zwischen der Höhe der Einkommen und der Sterblichkeit ein klarer Zusammenhang (Höhere Einkommen gehen mit einer besseren Gesundheit einher), in reicheren Ländern scheint das Mortalitätsprofil eher mit der Einkommens Ungleichheit zusammenzuhängen.

Politisch bedeutet dies, dass die Bekämpfung der Armut und der Einkommens-Unterschiede auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung ganz oben stehen sollte. Neben der Gesundheitspolitik muss auch die Sozial- und Beschäftigungspolitik zusammen mit der Wirtschaftspolitik wesentlich zur Erreichung und zum Erhalt eines guten Gesundheitszustandes beitragen.

Abbildung 40: Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, 2001

Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 31



Hinweis: EU-15, B, L, A: Daten für 2000; D: Daten für 1999.

Quelle: Eurostat

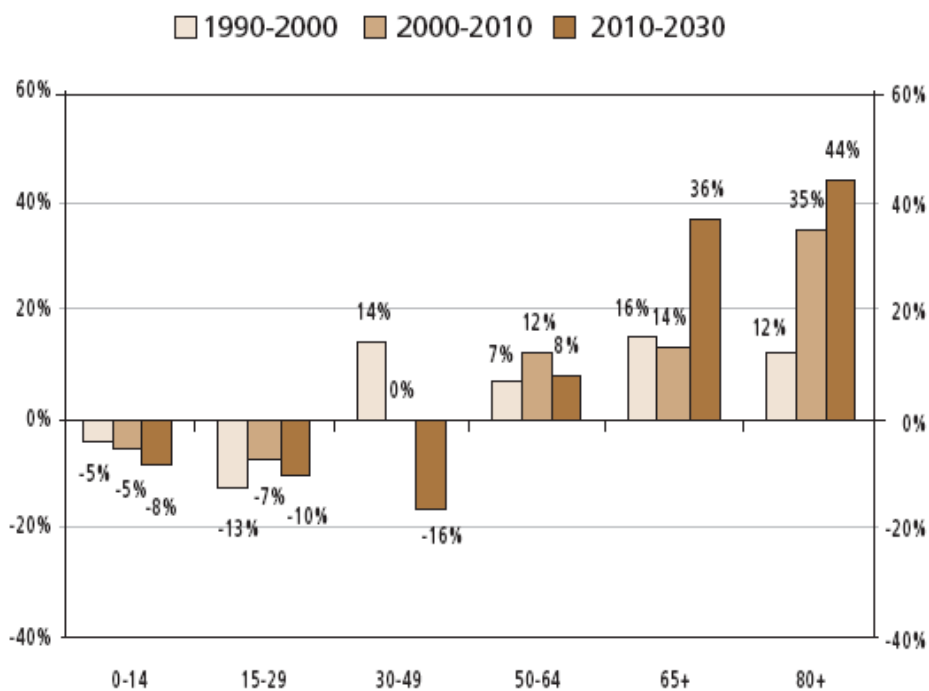
Österreich liegt im EU-Durchschnitt, hinter Frankreich, Italien, Spanien, Schweden und Finnland.

Als Folge der gestiegenen Lebenserwartung und der Änderung der Fruchtbarkeitsziffern wird die Bevölkerung in der EU immer älter. Die Zahl der alten Menschen steigt, während der Anteil der Erwerbspersonen (im Alter von 15 bis 64 Jahren) sinkt. Diese

demografische Entwicklung hat Auswirkungen auf viele Bereiche, vor allem auch auf die Gesundheits- und Pflegesysteme. Besonders bedeutsam ist dabei der wachsende Umfang der Gruppe der sehr alten Menschen (über 80 Jahre), der zwischen 2010 und 2030 um acht Millionen zunehmen wird, was einer Zunahme von 44 Prozent entspricht. Morbidität und Mortalität verlagern sich in immer spätere Lebensabschnitte, die Haupttodesursachen sind Kreislaufkrankheiten (etwa 40% der Todesfälle) und Krebs (25%).

Abbildung 41: Änderung der Bevölkerung in % nach Altersgruppe, EU-15

Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 19



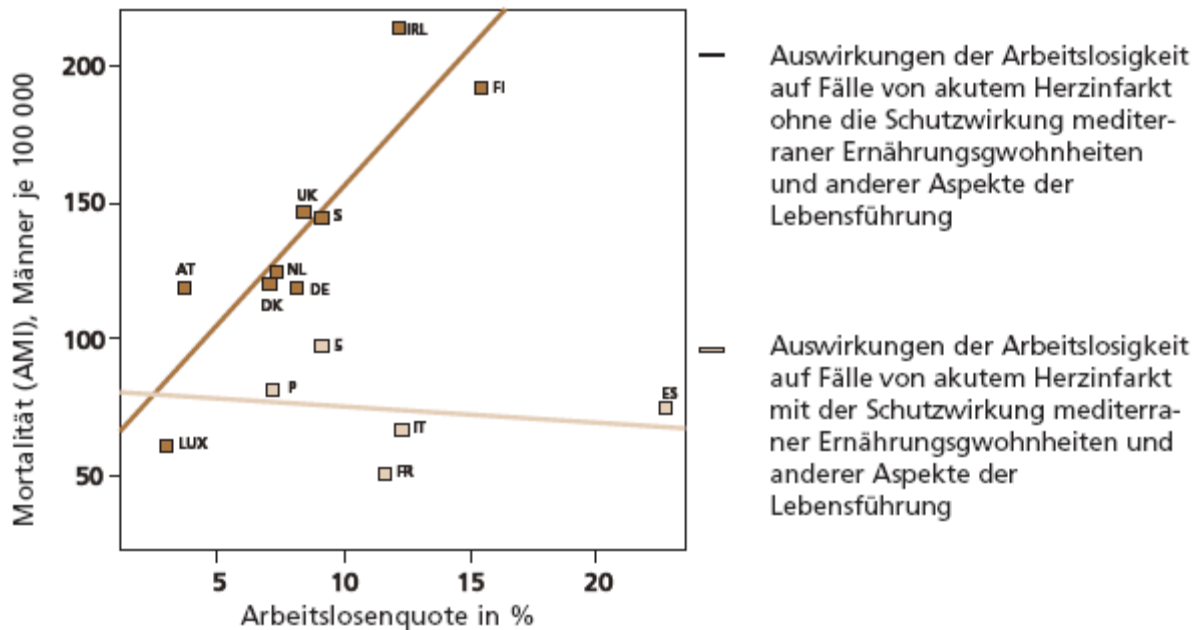
Quelle: Eurostat

7.2.6.2 Rolle von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit

Niedrige Arbeitslosenquoten bzw. hohe Beschäftigungsquoten können zusammen mit einem durchschnittlich hohen Volksvermögen (bei möglichst geringen Einkommensdifferenzen) die Mortalitätsraten erheblich senken, insbesondere als Folge der Reduzierung der Zahl von Herz-Kreislaufkrankungen [Europäische Kommission, 2003, S.52]. So können Änderungen der Beschäftigungsquoten weitgehend herangezogen werden um Änderungen der Mortalitätsrate zu erklären.

Interessant ist, dass sich hohe Arbeitslosenquoten in den Mittelmeerländern anders auswirken als in den übrigen EU-Mitgliedstaaten. In diesem Fall scheinen soziale Netzwerke als Puffer zu wirken, die vor negativen wirtschaftlichen Veränderungen schützen.

Abbildung 42: Mortalität (akuter Herzinfarkt), Männer und Arbeitslosigkeit 1995
 Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 52



Quelle: Prof. H. Brenner: "Unemployment and public health"

Für Personen, die nicht in Beschäftigung sind, ist das Mortalitätsrisiko fast fünfmal höher als für Menschen, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen.

Tabelle 4: Verläufe des Berufslebens und Sterblichkeit Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 53

Verläufe des Berufslebens	% Relatives Risiko	
	Turin 1991-96 (Beruf 1976, 81, 86, 91)	Cardano et. al, 1999
Stetige Beschäftigung	73.8	1.00
Arbeitslosigkeit gefolgt von Beschäftigung	2.5	1.43
Beschäftigung mit Unterbrechnungen	6.6	1.52
Beschäftigung gefolgt von Ruhestand (nicht körperlich arbeitend)	6.3	1.61
Beschäftigung gefolgt von Ruhestand (körperlich arbeitend)	6.0	2.22
Beschäftigung gefolgt von Arbeitslosigkeit	3.3	2.29
Stetige Arbeitslosigkeit	0.4	2.61
Arbeitslosigkeit gefolgt von Inaktivität	0.4	3.85
Stetig aus dem Erwerbsleben (inaktiv)	0.8	4.81

Quelle: Cardano et al.

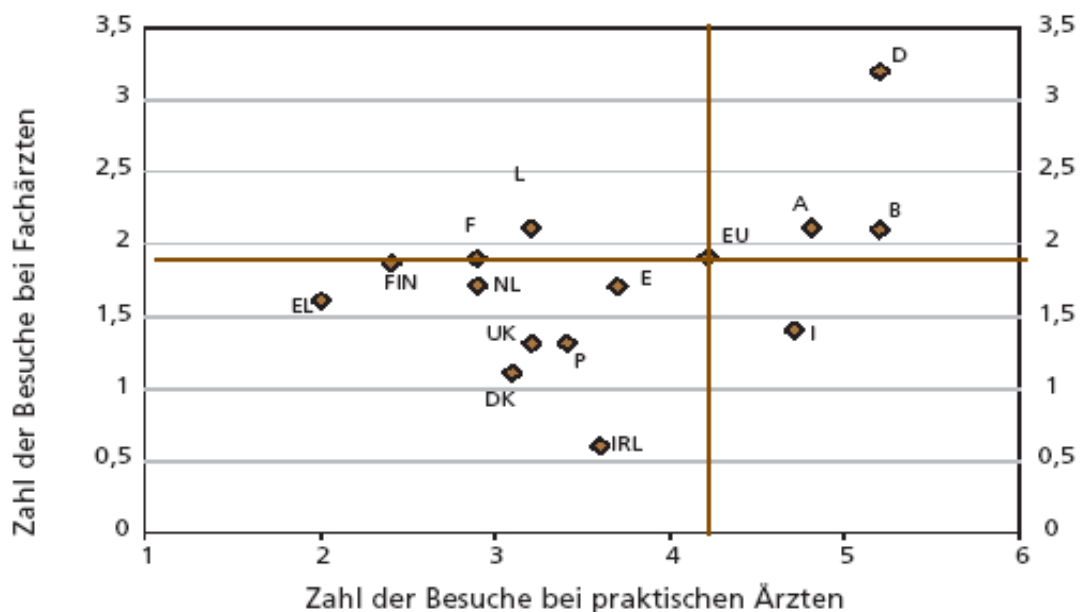
7.2.6.3 Vielfalt der Gesundheitssysteme

Die Mitgliedsstaaten unterscheiden sich im Hinblick auf die Art der Organisation, Regelung, Finanzierung, Bereitstellung und Inanspruchnahme ihrer Gesundheitssysteme erheblich voneinander.

Die Zahl der Ärztinnen je 100.000 Einwohner schwankt zwischen einer Bandbreite von 1 bis fast 3, so gibt es in Italien fast 600 Ärztinnen je 100.000 Einwohner, in Irland und dem vereinigten Königreich dagegen nur etwa 200. In Belgien, Frankreich, Österreich und Finnland sind fast die Hälfte aller Ärztinnen praktische Ärztinnen, während in Spanien, Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal und Schweden über 80% Fachärztinnen sind.

Innerhalb des Systems der Primärversorgung schwankt die Zahl der Besuche bei praktischen Ärztinnen und bei Fachärztinnen. So weisen Deutschland, Österreich und Belgien die höchsten Zahlen von Arztbesuchen bei praktischen und Fachärztinnen auf.

Abbildung 43: Zahl der Besuche bei praktischen Ärztinnen und Fachärztinnen (in den letzten zwölf Monaten) 1998 Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 75



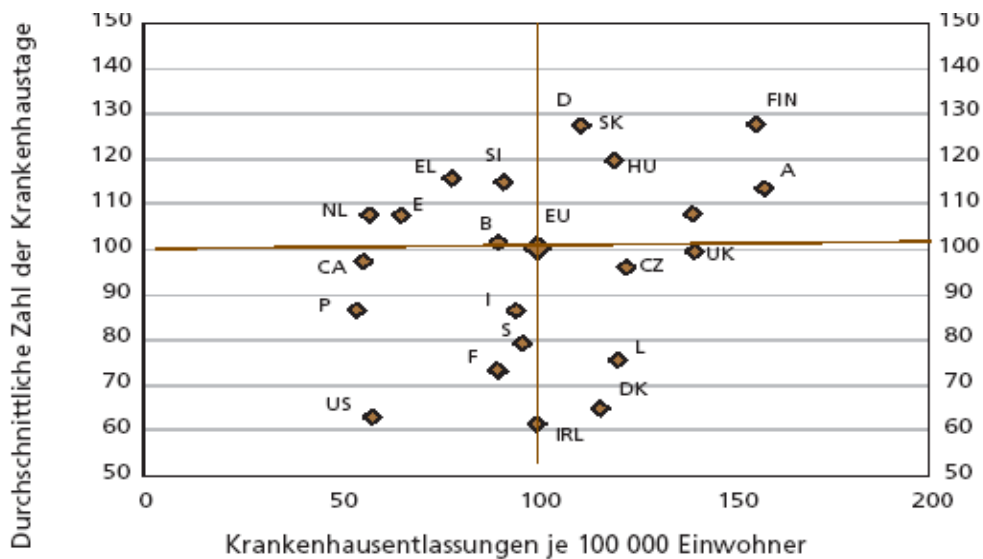
Hinweis: *ECHP_UDB 2001 außer EU, D, I 1996 und F, FIN für 2000

Quelle: Eurostat: Außer für Frankreich: CREDES und Finnland: STAKES

Österreich liegt deutlich über dem EU-Schnitt, und auch höher als Länder mit höherer Lebenserwartung wie Italien, Spanien und Finnland.

Man könnte nun annehmen, dass diese hohe Inanspruchnahmerate im niedergelassenen Bereich zu geringerer Auslastung der Systeme der Sekundärversorgung (Krankenhausvergleich) führen, doch diese Annahme wird durch die Statistik widerlegt.

Abbildung 44: Zahl der Krankenhausentlassungen je 100.000 Einwohnerinnen und durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes im Vergleich zum EU-Durchschnitt 1998 Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 75



Hinweis: Zahl der Krankenhausentlassungen je 100 000 Einwohner im EU-Durchschnitt = 17 260 (=Index 100), EU-Durchschnitt der Aufenthaltsdauer stationärer Krankenhauspatienten = 8,5 Tage (=Index 100), EL, F 1997, HU 1999
Quelle: Eurostat

Finnland, Deutschland, Österreich und das Vereinigte Königreich besitzen Systeme, die stark zu Krankhauseinweisungen neigen, wobei die Gesamtzahl der Krankenhaustage ein Drittel über dem EU-Durchschnitt liegt. In diesen Fällen scheint eine auf Kostendämpfung ausgerichtete Politik wenig erfolgreich gewesen zu sein.

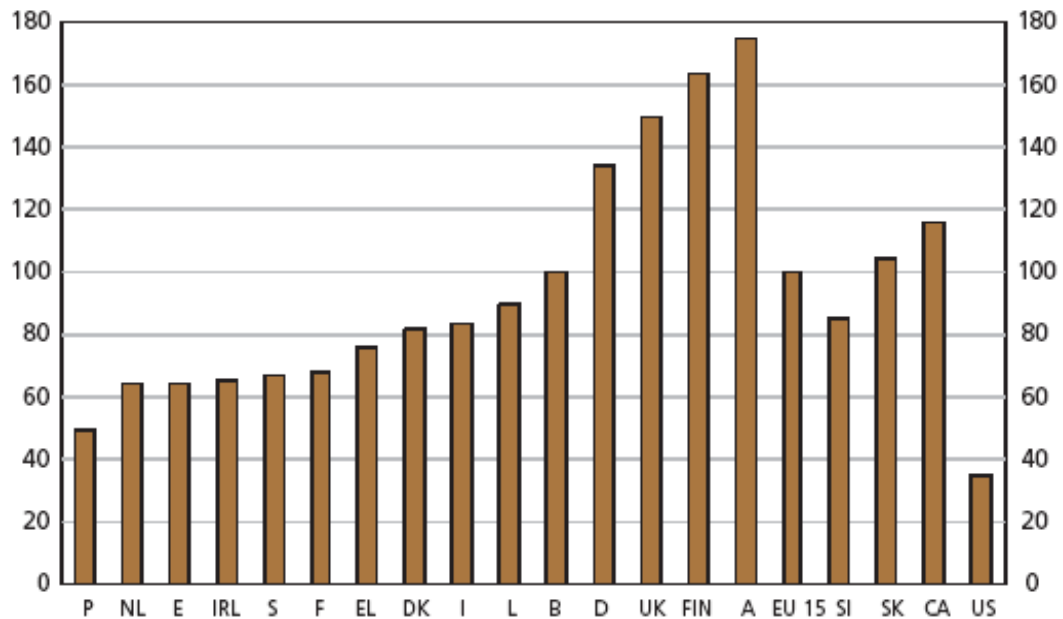
Österreich liegt damit sowohl bei den Inanspruchnahmen bei niedergelassenen Ärztinnen als auch bei den Krankenhaustagen deutlich über dem EU-Schnitt. Trotzdem erreichen die Österreicherinnen nur eine durchschnittliche Lebenserwartung. Dies führt zu mehreren Fragen, die wir uns beantworten sollten:

- Sind Österreicherinnen deutlich kränker als andere EU-Bürgerinnen?
- Erzielen wir mit dieser überdurchschnittlichen Inanspruchnahme wirklich den Nutzen für die Bevölkerung, den wir uns versprechen?

Wenn eintägige Krankenhausaufenthalte und psychische und Verhaltensstörungen ausgenommen werden, tritt der generelle Kontrast zwischen Systemen mit starker und schwacher Neigung zur Krankenhauseinweisung deutlich zutage. In Österreich ist die Quote der Krankenhauseinweisungen am höchsten, gefolgt von Finnland, dem Vereinigten Königreich und Deutschland.

Abbildung 45: Zahl der von stationären Patientinnen im Krankenhaus verbrachten Nächte 1998 Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 75

Index 100 = Durchschnitt für EU-15 (134 000 Krankenhausaufenthalte je 100 000 Einwohner)



Hinweis: Ohne psychische und Verhaltensstörungen; *UK: nur England
Quelle: Eurostat

8 Österreich - Bundesländervergleiche

„Benchmarking“ ist der Vergleich mit und die Orientierung an den Besten [Wallner, 2004, S.102]. Der Begriff stammt ursprünglich aus der Landvermessungstechnik, Benchmarks sind dort Markierungszeichen.

Benchmarking aus Sicht der Ethik bedeutet Positionsbestimmung: Orientierung am Besten und Ausrichtung darauf. Benchmarking ist kein Wundermittel, sondern eine Herausforderung für die Organisation, die aber zu kontinuierlichen Verbesserungen im Betrieb führen kann. Benchmarking ist ein Überbegriff für unterschiedliche Arten eines Analyse- und Steuerungsinstruments, es lassen sich verschiedene Formen unterscheiden:

- Strategie-Benchmarking: Tun wir die richtigen Dinge?
- Prozess-Benchmarking: Tun wir die Dinge richtig?
- Struktur-Benchmarking: Was tut eine Person oder eine Funktion für das Unternehmen (und wie tut sie es)?
- Produkt-Benchmarking: Wie gut ist unser Produkt?

Auf Grund der erfolgreichen Kostenpolitik ist die OÖGKK immer wieder mit dem Vorwurf konfrontiert, dass eine zu geringe Versorgung mit Vertragsärztinnen besteht. Vor allem die Bundeshauptstadt interpretiert eine höhere Ärztedichte regelmäßig als Maß für eine bessere Versorgung der Patientinnen. Die Dichte von niedergelassenen Ärztinnen ist aber kein taugliches Instrument um die Versorgungswirksamkeit zu messen.

Dass die Bemühungen der OÖGKK um einen ökonomische sinnvollen und zielgerichteten Mitteleinsatz Sinn machen, belegen mehrere Studien:

Professor Jeff Richardson, Direktor der Health Economics Unit an der Universität von Monash in Australien (Centre for Health Program Evaluation) hat im April 2003 ein Working Paper veröffentlicht in dem folgende Frage untersucht wird: *Will more Doctors Increase or Decrease Death Rates?* Es handelt sich um eine Analyse der australischen Mortalitätsstatistik, die zu überraschenden Ergebnissen führt [Richardson, 2003]:

There is now documented evidence that adverse events associated with medical interventions have a seriously deleterious affect on population health. However this literature does not indicate whether or not the net affect of an increase in the doctor supply is positive or negative. There are, additionally, other mechanisms by which an

increase in the doctor supply could reduce the quality and length of life. This paper revisits two hypotheses concerning doctor induced ill health. Econometric results using Australian cross-sectional data are presented. They are consistent with the hypothesis that an increase in the doctor supply is associated with an increase in mortality.

Systemic evidence is surprisingly consistent. It implies an association between mortality and an increase in the doctor supply which is not easily attributed to reverse causation or to a spurious correlation with some other attribute of the population. The cross-sectional evidence seems to be stable. The present results are largely consistent with those obtained from data 20 years ago. Ideally, further research is required using panel data.

However until this is completed and the evidence presented here is contradicted, then the hypothesis that iatrogenic effects may more than off-set the direct beneficial effects of additional, and largely unregulated, medical services must be contemplated seriously.

Es scheint so zu sein, dass ab einer bestimmten Versorgungsdichte eine weitere Intensivierung der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe mehr schadet als nützt.

Die weisen Worte von Paracelsus: „*die Menge macht das Gift*“ scheinen auch für die medizinische Versorgung zu gelten. In dieser Studie werden unterschiedliche Thesen als Begründung für diese Ergebnisse geäußert:

Unerwünschte Nebenwirkungen:

nach einer Erhebung des Evidence based Health Institutes des Hauptverbandes aus dem Jahr 2004 ist in Österreich alleine im Krankenhausbereich mit ca. 245.000 Zwischenfällen in Krankenanstalten und ca. 2.900 bis 6.800 Todesfällen jährlich zu rechnen (zur Orientierung: jedes Jahr sterben etwa 1.500 Frauen in Österreich an Brustkrebs).

Da Daten aus Österreich fehlen, wurde bei der Errechnung dieser Zahlen Ergebnisse internationaler Studien auf Österreich umgelegt.

„Abhängigkeit“ von der ärztlichen Hilfe „Iatrogenesis“ (Dependency Hypothesis):

Die Verantwortung für die Gesundheit wird vertrauensvoll in die Hände der behandelnden Ärztinnen gelegt und jene Faktoren, die man selbst beeinflussen kann (wie z.B. Änderung des Lebensstils) werden geringgeschätzt.

Ärztliche Hilfe als „Ersatz“ (Substitution Hypothesis):

Die Medizin wird als Ersatz für eigene Konsequenzen benützt, die man nicht setzen möchte (z.B. übermäßiger Alkoholkonsum, erhöhte Blutfette auf Grund falscher Ernährung).

Spannend auch die Hauptaussagen einer amerikanischen Studie [Fisher et al., 2003]:

- Einwohner der Regionen mit hohen Gesundheitsausgaben erhielten rund 60% mehr Leistungen
- die zusätzlichen Leistungen beruhten auf stärker spitals- und spezialistenlastigen Praxisstilen
- die Regionen mit höheren Ausgaben hatten mehr Krankenhausbetten und mehr Ärzte
- die Qualität der Leistungen war in den teuren Regionen geringfügig schlechter
- Einwohner von Regionen mit hohen Ausgaben erhielten mehr Leistungen, hatten aber keine niedrigeren Mortalitätsraten und keine größere Zufriedenheit

Zu dieser Studie passen auch Ergebnisse einer Untersuchung der Wiener Gebietskrankenkasse, die im Jahr 2001 festgestellt hat, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Zahl niedergelassener Ärztinnen und der Krankenhaushäufigkeit gibt. Je mehr Ärztinnen es in einer Region gibt, umso mehr Menschen kommen in die Spitalsambulanzen, überwiegend zugewiesen von den niedergelassenen Medizinerinnen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine Umfrage einer privaten Krankenversicherung unter 144.000 Patientinnen [Rümmele, 2005, S. 153]. Damit stehen die Ergebnisse dieser Untersuchungen konträr zur weit verbreiteten Argumentation dass der Ausbau der niedergelassenen Versorgung die Krankenhauskosten senken würde, man würde damit das genaue Gegenteil erreichen!

Die Gesundheitsökonomie weist eindeutig nach, dass viele Leistungen im Gesundheitswesen nicht der Patientin, sondern der Ärztin nützen. Das ist nicht nur teuer, sondern gefährlich. Ziel muss daher sein, nicht viele Leistungen zu bezahlen sondern die richtigen Behandlungen für jene Menschen, die sie benötigen und zwar in hoher Qualität.

Dieser gezielte Umgang mit Medizin spart natürlich Geld – vor allem aber schützt er die Patientinnen vor Überdiagnostik und Übertherapie mit den damit verbundenen Nebenwirkungen.

Wer viel Geld ausgibt hat noch keine Garantie, dass er damit gute Leistungen einkauft. Wer teuer „einkauft“ hat zwar hohe Ausgaben, der Nutzen liegt aber nicht bei den Patientinnen sondern bei den Leistungserbringerinnen (z.B. Ärztinnen, Pharmaindustrie, Hersteller von Medizinprodukten).

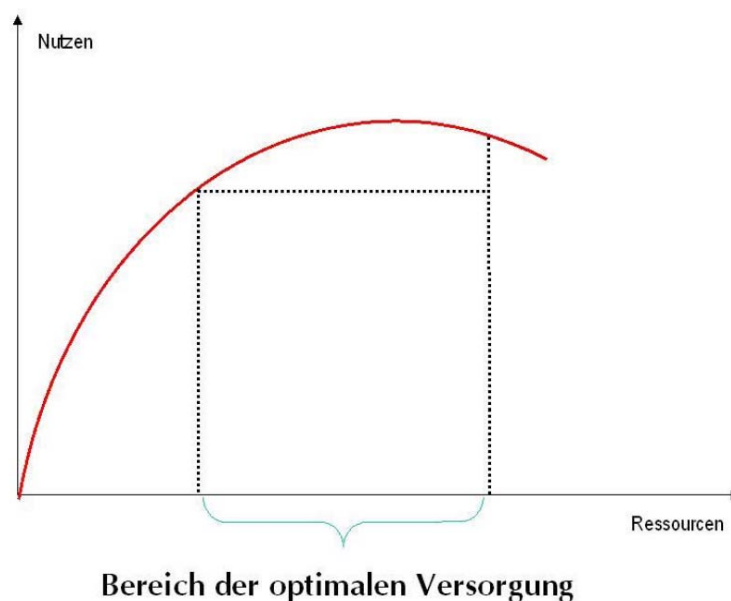
So können hohe Ausgaben für Ärztinnen heißen:

- dass viele Menschen krank sind
- dass die Ärztinnen viele Behandlungen durchführen bzw. anordnen
- dass einfach mehr für jede Leistung bezahlt wird

„Mehr zu leisten“ heißt nicht gleichzeitig Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Ohne Outcome-Erhebungen (z.B. Kundenzufriedenheitsbefragungen, Morbiditäts- und Mortalitätsdaten der betroffenen Bevölkerung) gibt es keinen Nachweis, ob die eingesetzten Mittel auch sinnvoll investiert wurden.

Die Nutzenfunktion für die Behandlung einer chronisch degenerativen Erkrankung verdeutlicht, dass ein maximaler Mitteleinsatz nicht zwangsläufig eine optimale Versorgung bedeutet, ab einer bestimmten Leistungsdichte kommt es auf Grund von Interaktionen und Nebenwirkungen zu nachteiligen Gesundheitseffekten trotz steigender Kosten.

Abbildung 46: Kosten-Nutzen-Funktion einer chronischen Erkrankung



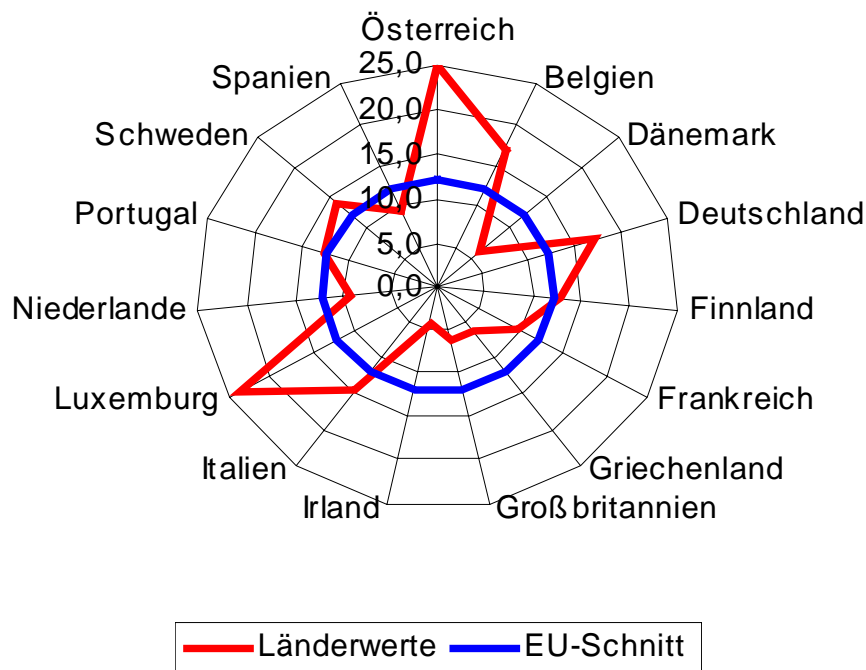
Im diagnostischen Bereich sollte eine Abklärung nur bei therapeutischer Relevanz erfolgen sonst werden Ressourcen verschwendet, die an anderer Stelle dringend gebraucht werden.

Bei medizinischen Großgeräten soll eine Überversorgung vermieden werden, wobei ausdrücklich Geräte im stationären Bereich bei der Versorgungslage mit zu berücksichtigen sind. Eine hohe Dichte spricht eher für eine Ressourcenvergeudung als für eine bessere ärztliche Versorgung.

Sowohl bei der Häufigkeit von Computertomographie Untersuchungen, als auch bei der Häufigkeit von Magnetresonanz Untersuchungen liegt Österreich in der Spitze Europas, mehr als doppelt so hoch als der Europa-Schnitt.

Entweder der Rest Europas ist in Bezug auf diese diagnostischen Untersuchungen hoffnungslos unterversorgt, oder die Österreicher werden unnötig oft untersucht.

Abbildung 47: Häufigkeit von Computertomographieuntersuchungen pro 1 Million Einwohner in Europa Quelle: Präsentation von Dr. Probst beim Universitätslehrgang für Public Health 2002-2004 (Quelle Health System Watch II/2000)

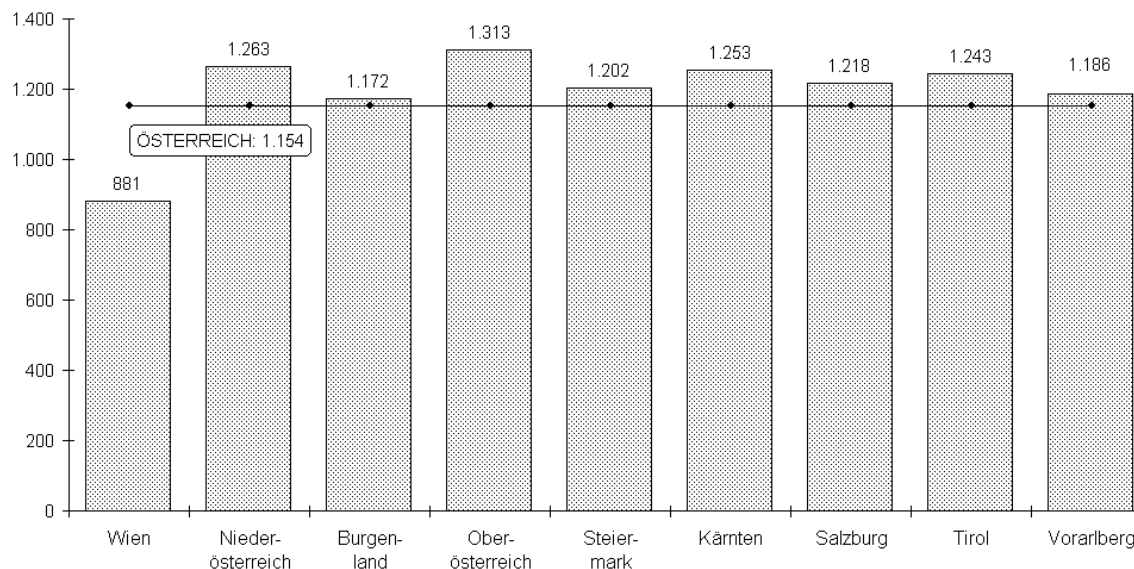


8.1 Ärztinnendichte

Vergleiche der ärztlichen Versorgung setzen häufig noch immer auf die Zahl der Vertragsärztinnen als Messgröße. Diese Kennzahl sagt aber in Wahrheit wenig bis nichts über die tatsächliche Versorgung der Patientinnen aus, Qualitätsunterschiede in der Versorgung (z.B. ein effizientes Case-Management und eine Gate-Keeper-Funktion der Allgemeinmedizinerinnen) werden mit dieser Methode generell ignoriert.

Abbildung 48: Einwohnerin je Ärztin mit § 2-Kassenvertrag, 31.12.2004

Quelle: Hauptverbandsstatistik

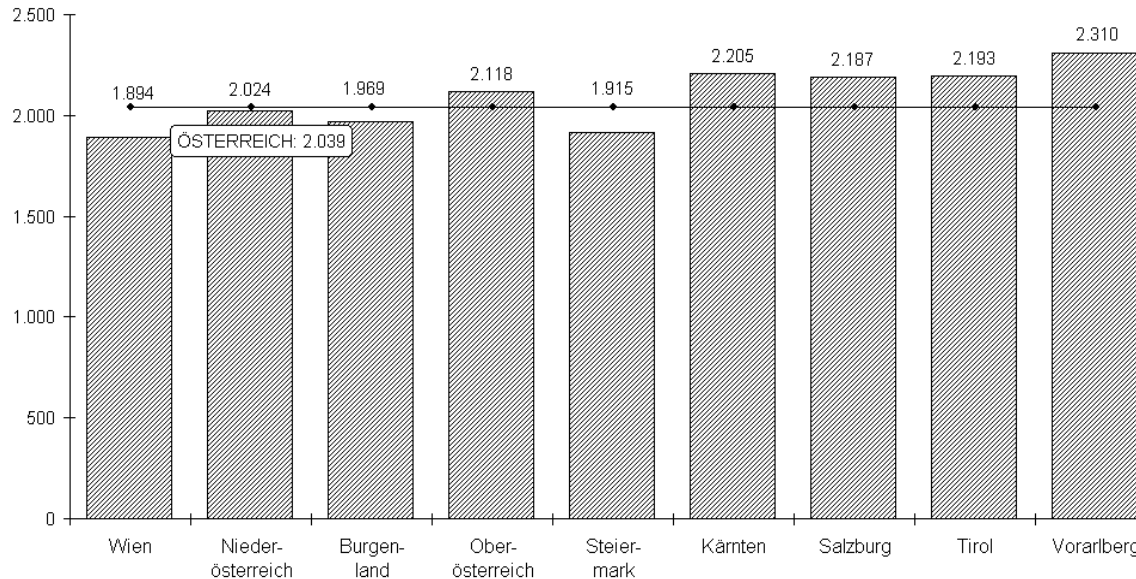


Dividiert man die Zahl der Einwohnerinnen durch die Zahl der niedergelassenen § 2-Ärztinnen müssen in Oberösterreich die meisten Anspruchsberechtigten versorgt werden. Diese Darstellung ist aber nur bedingt aussagekräftig, bleibt doch völlig unberücksichtigt, wie viele Wahlärztinnen bzw. Ärztinnen in Krankenhausambulanzen die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Auch die Versorgungswirksamkeit und die Bedeutung der Allgemeinmedizinerinnen für die Primärversorgung werden nicht abgebildet.

Die OÖGKK verfolgt bei ihrer Versorgungsstrategie das sogenannte "Gatekeeper"-Konzept, nach dem die Hausärztin für den Patientin die Rolle des Lotsen durch das medizinische Angebot übernimmt. Dieses Modell wird u.a. in den Niederlanden mit sehr gutem Erfolg eingesetzt und wird auch von GesundheitsökonomInnen allgemein empfohlen (zuletzt etwa in der ÖBIG-Studie im Auftrag der Ärztekammer Wien).

Bei der Zahl der Einwohnerinnen je Allgemeinmedizinerin mit § 2-Kassenvertrag liegt Oberösterreich genau im Mittelfeld der Bundesländer.

Abbildung 49: Einwohnerin je Ärztin für Allgemeinmedizin mit § 2-Kassenvertrag, 31.12.2004
Quelle: Hauptverbandsstatistik



Der Kundin ist wichtig, dass sie eine hochwertige medizinische Behandlung bekommt, wenn sie notwendig ist, und dass sie die Ärztin schnell erreicht. Mehr Ärztinnen in einem Bundesland zu haben sagt noch nichts über die Versorgungswirksamkeit aus (z.B. Erreichbarkeit).

Eine Reihe von Faktoren führt zu unterschiedlicher Versorgungswirksamkeit:

- Ist die Arbeitszeit der Ärztinnen in einer Region z.B. doppelt so hoch als in einer anderen, benötigt sie die Hälfte der Ärztinnen der anderen Region.
- Höhere Fallzahlen (durch längere Ordinationszeiten oder höhere Effizienz) haben zur Folge, dass pro niedergelassener Ärztin mehr Fälle behandelt werden. Befragungen der Versicherten können sicherstellen, dass diese höheren Fallzahlen nicht zu einer schlechteren Versorgung führen.
- Die ambulante Versorgung in den Spitälern ersetzt einen Teil der fachärztlichen Betreuung und muss bei Vergleichen mit berücksichtigt werden.
- Die Altersstruktur der Bevölkerung spielt eine wichtige Rolle: Bundesländer mit hoher Altersstruktur benötigen mehr Ärztinnen bestimmter Fachrichtungen (z.B. Internistinnen und Urologinnen) als solche mit relativ jüngerer Bevölkerung.
- Mindestens ebenso wichtig wie die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen ist ihre Verteilung im Bundesland und die dadurch bedingten Wegzeiten zur Ärztin.

Bei all diesen Faktoren gibt es deutliche Unterschiede zwischen Oberösterreich, dem Österreich-Schnitt und Wien. Die Vertragsärztinnen der OÖGKK haben im Schnitt längere Ordinationszeiten und höhere Fallzahlen als ihre Wiener Kolleginnen, Kundenbefragungen bestätigen die im Österreichschnitt überdurchschnittliche Zufriedenheit. In Oberösterreich gibt es eine höhere Ambulanzdichte, die zudem versorgungswirksamer ist (abgeleitet aus den Ambulanzausgaben). Der Prozentsatz der Einwohnerinnen über 60 ist in Wien mit 21,8 Prozent höher als in Oberösterreich mit 20,1 Prozent.

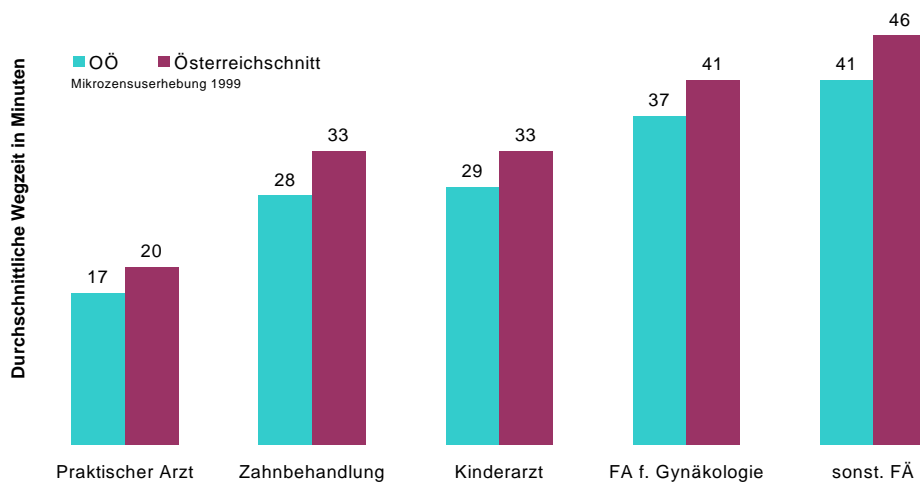
Im Mikrozensus im September 1999 wurden unter anderem die durchschnittlichen Wegzeiten der Versicherten zu den Ärztinnen der unterschiedlichen Fachrichtungen ermittelt. Dabei hat sich gezeigt, dass Oberösterreich bei der Versorgung in jenen Fachgruppen, die der Primärversorgung zuzurechnen sind (Allgemeinmedizinerinnen, Gynäkologinnen, Kinderärztinnen, Zahnärztinnen) ganz hervorragend abschneidet!

Tabelle 5: durchschnittliche Wegzeit zum Arzt in Minuten (Mikrozensus 1999)

	Ober- österreich	Rang im Ö-Vergleich	Ö-Schnitt	Wien
	Minuten			
Allgemeinmedizinerin	17	1. Stelle	20	19
Gynäkologinnen	37	2. Stelle	41	42
Kinderärztinnen	29	2. Stelle	33	27
Zahnärztinnen	28	2. Stelle	33	36

Abbildung 50: Wegzeit der Patientinnen zur Ärztin; Vergleich OÖ zum Österreichschnitt

Quelle: strategische Bilanz 2004 der OÖGKK

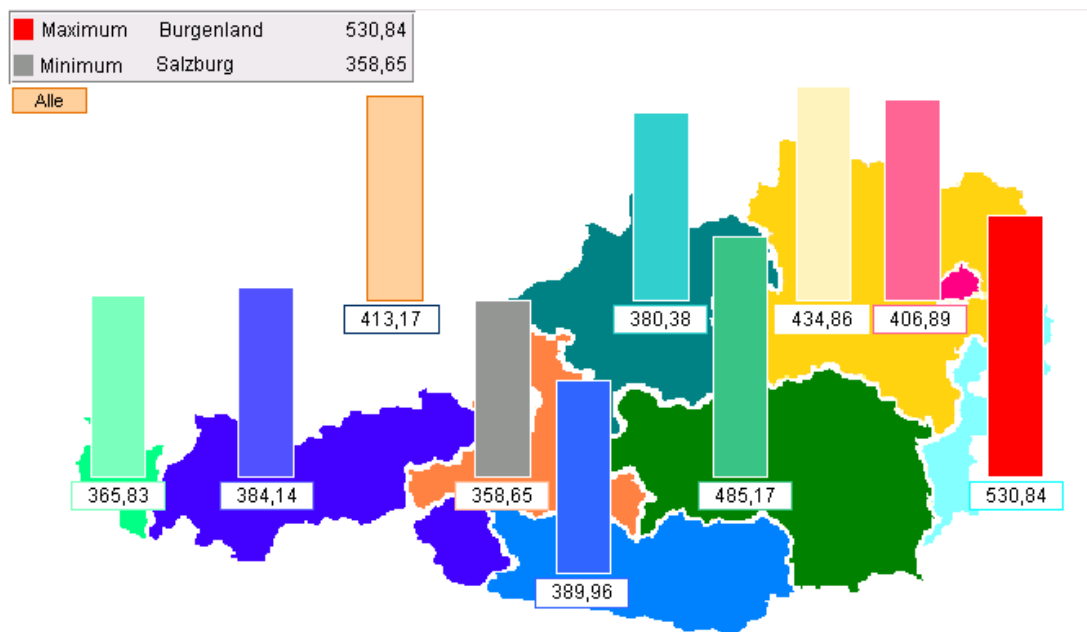


8.2 Inanspruchnahmen

Der Begriff der Inanspruchnahmen beschreibt, wie oft Einwohnerinnen tatsächlich ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben. Dabei zählt jede Inanspruchnahme pro Ärztin und Quartal, wenn also dieselbe Ärztin mehrmals im Quartal aufgesucht wurde, zählt dies als eine Inanspruchnahme (alle Zahlen beziehen sich auf Anspruchsberechtigte der OÖGKK und auf Vertragsärztinnen der OÖGKK).

Die Grafiken sind wie folgt zu lesen: in Oberösterreich hat im Durchschnitt im Jahr 2003 jede Anspruchsberechtigte 3,8 mal Ärztinnen aufgesucht (ein oder mehrmals im Quartal, 1,4 mal Fachärztinnen und 2,4 mal Allgemeinmedizinerinnen).

Abbildung 51: Inanspruchnahmen je 100 Anspruchsberechtigte der OÖGKK, alle Ärztinnen, 2003 Quelle: Inanspruchnahme Datenbank der OÖGKK (Behandlungsökonomie)



Es besteht ein deutliches Ost-West-Gefälle, Oberösterreich befindet sich hinter Salzburg und Vorarlberg nahezu ident mit Tirol im Mittelfeld der Bundesländer. Offensichtlich reicht die Ärztedichte für eine den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechende Versorgung aus.

Spannend ist nun die Inanspruchnahmen von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen im Bundesländervergleich differenziert zu betrachten.

Abbildung 52: Inanspruchnahmen je 100 Anspruchsberechtigte der OÖGKK, Ärztinnen für Allgemeinmedizin, 2003

Quelle: Inanspruchnahme Datenbank der OÖGKK (Behandlungsökonomie)

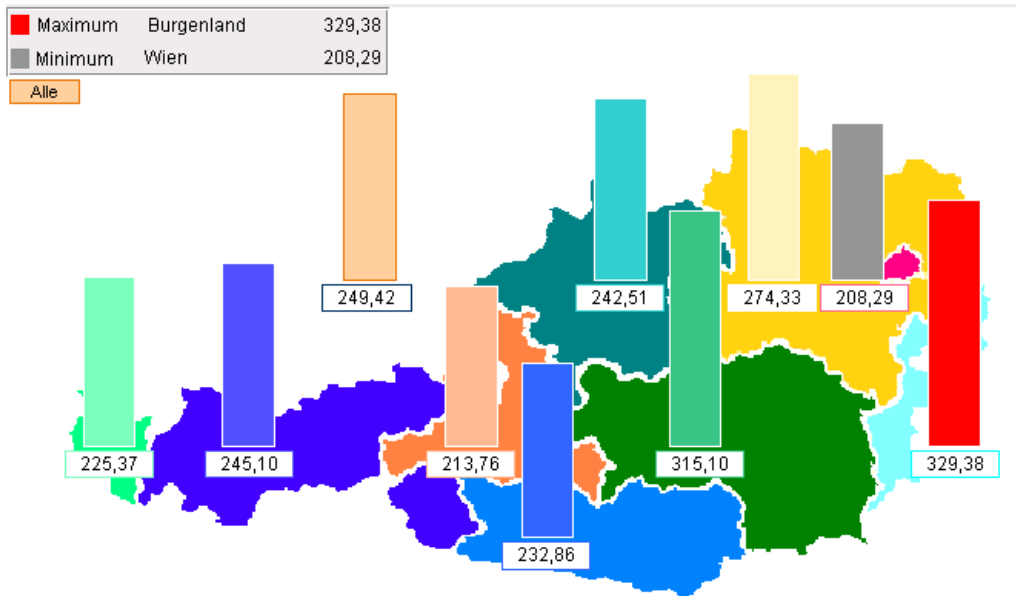
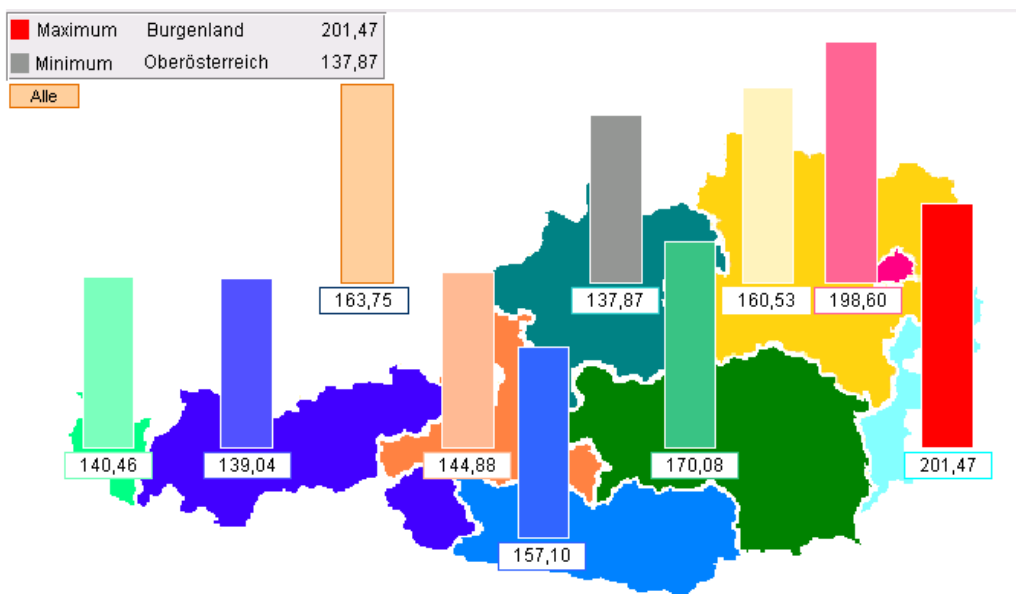


Abbildung 53: Inanspruchnahmen je 100 Anspruchsberechtigte der OÖGKK, Ärztinnen für Allgemeinmedizin, 2003

Quelle: Inanspruchnahme Datenbank der OÖGKK (Behandlungsökonomie)



Auffallend ist, dass Wien das einzige Bundesland ist, indem die Inanspruchnahmen von Fachärztinnen mit denen der Allgemeinmedizinerinnen nahezu ident sind.

Bei den Ärztinnen für Allgemeinmedizin liegt Oberösterreich praktisch im Bundesschnitt hinter Wien, Salzburg, Vorarlberg, Kärnten und Tirol. Auffallend ist besonders die bundesweit niedrigste Inanspruchnahmerate der Allgemeinmedizinerinnen in Wien. Dies bedeutet, dass ein Teil der Grundversorgung in der Bundeshauptstadt (und teilweise auch in der Steiermark) von Fachärztinnen abgedeckt wird, was auf Grund der unterschiedlichen Honorierung zu deutlich höheren Behandlungskosten führt. Bei den Fachärztinnen hat Oberösterreich mit 138 Inanspruchnahmen pro 100 Anspruchsberechtigte die niedrigste Frequenz in Österreich, allerdings praktisch gleichauf mit Tirol, Vorarlberg und Salzburg.

Die durchschnittlichen Kosten pro Behandlungsfall sind bei Fachärztinnen deutlich höher (siehe weiter unten), Belege einer besseren Behandlungsqualität in der Primärversorgung sind mir nicht bekannt. **Wenn es aber keine Beweise für eine bessere Versorgung gibt, dann deutet eine hohe Inanspruchnahme bei Fachärztinnen gepaart mit einer niedrigen bei Allgemeinmedizinerinnen auf Ineffizienzen in der medizinischen Versorgung, weil die Leistung nicht dort erbracht wird, wo sie bei mindestens gleichbleibender Qualität am effizientesten erbracht werden kann.**

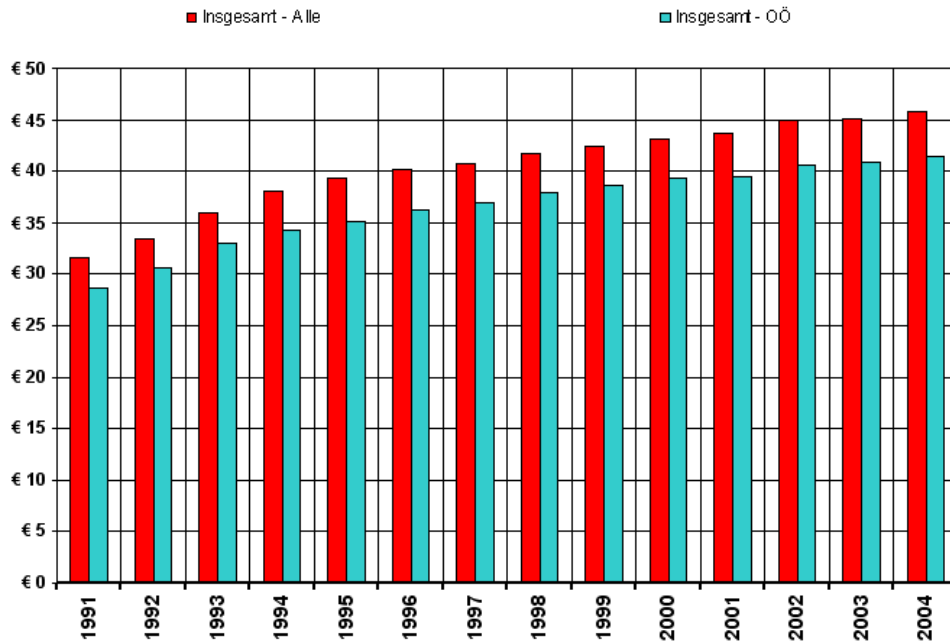
8.3 Kosten pro Behandlungsfall

Die Kosten pro Behandlungsfall geben Aufschluss über die Honorierung, die eine Ärztin pro Patientin erhält. Nimmt man nun an, dass die Behandlungsqualität sich bei den Patientinnen in den einzelnen Bundesländern nicht unterscheidet (und eine andere Annahme müsste sich beim gesundheitlichen Outcome, also in schlechten Morbiditäts- und Mortalitätszahlen widerspiegeln) dann kann von einer besseren Effizienz der Leistungserbringung ausgegangen werden, wenn dieselbe Betreuungsqualität mit niedrigeren Behandlungskosten erreicht werden kann.

Da gesetzliche Krankenversicherungen ja keine profitorientierten Unternehmungen sind, sondern die Aufgabe haben, die Beiträge ihrer Versicherten so zu verwalten, dass sie einen größtmöglichen Nutzen erreichen, bedeutet eine effiziente Leistungserbringung in einigen Bereichen, dass den Anspruchsberechtigten im Vergleich zu anderen gesetzlichen Krankenkassen ein höheres Leistungsniveau angeboten werden kann (z.B. großzügigere Regelungen bei Krankengeld, Transporte, Heilbehelfe/Hilfsmittel und Zahnersatz und deutlich höhere Investitionen in den Bereich Gesundheitsförderung).

Abbildung 54: Honorar pro Fall, alle Ärztinnen, OÖGKK im Vergleich zu allen GKK's

Quelle: Honorar Datenbank der OÖGKK (Behandlungsökonomie), Ärztekosten Jahresstatistik des HV der SV-Träger



In der Grafik wird deutlich, dass die Vertragsärztinnen der OÖGKK für die Behandlung ihrer Patientinnen im Schnitt weniger Honorar erhalten wie die Ärztinnen im Schnitt der anderen Bundesländer. Dieser Effekt wird aber (wie die weiteren Grafiken zeigen) ausschließlich durch eine niedrigere Honorierung der Fachärztinnen erreicht, die aufgrund von komplizierten Limitierungsbestimmungen durch Abschläge im Honorar ihre Patientinnen kostengünstiger behandeln, als die Fachärztinnen in den anderen Bundesländern.

Da sich bei den oberösterreichischen Fachärztinnen auf Grund hoher Fallzahlen die Investitionskosten wesentlich schneller amortisieren als bei Fachärztinnen, die nur wenige Patientinnen betreuen führt auch ein geringeres Honorar pro Fall zu ausreichender Honorierung pro Ärztin.

Der in diesem Kapitel später erwähnte Einkommensvergleich der österreichischen Ärztinnen mit jenen in Holland und Deutschland macht deutlich, dass Honorar und Honorarentwicklung in Österreich solche Limitierungsbestimmungen durchaus rechtfertigen und damit ein Effizienzpotential darstellen, dass in den anderen Bundesländern ungenützt bleibt.

Abbildung 55: Honorar pro Fall, Ärztinnen für Allgemeinmedizin, OÖGKK im Vergleich zu allen GKK'S Quelle: Honorar Datenbank der OÖGKK (Behandlungsökonomie), Ärztekosten Jahresstatistik

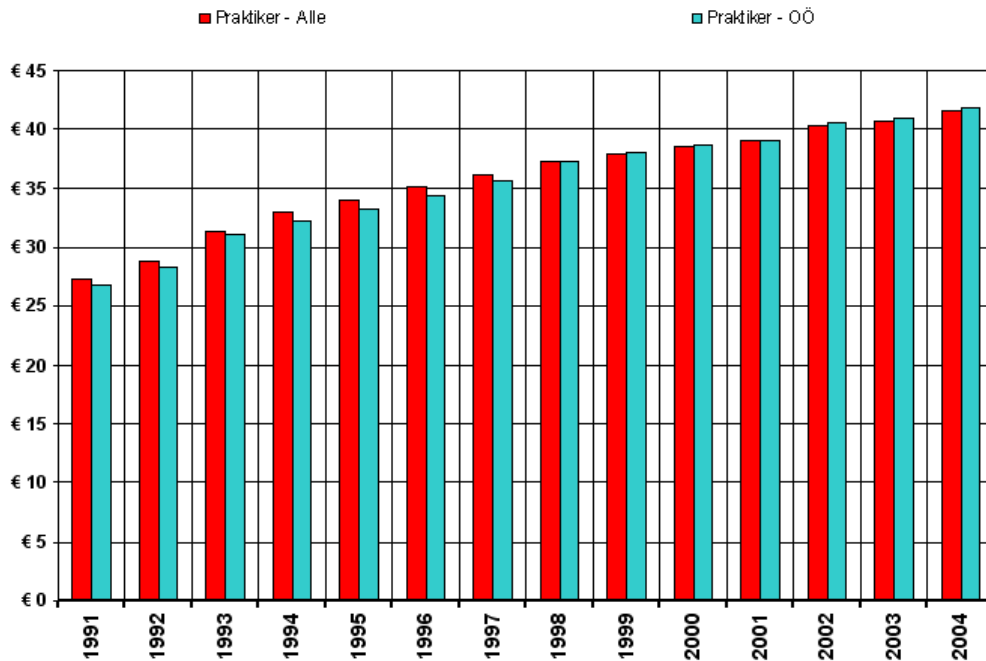
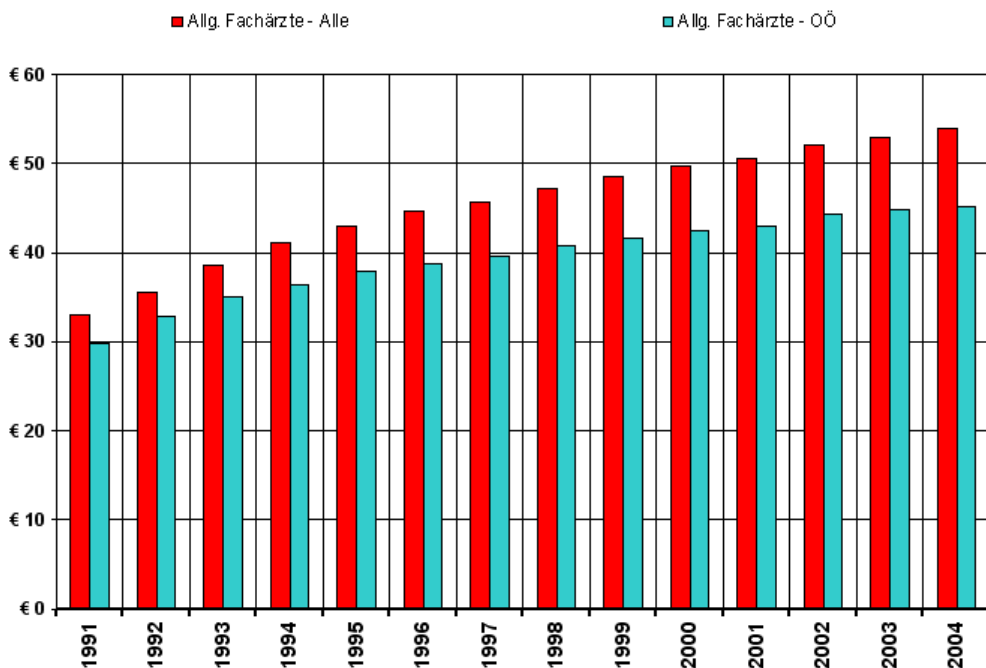


Abbildung 56: Honorar pro Fall, allgemeine Fachärztinnen, OÖGKK im Vergleich zu allen GKK'S

Quelle: Honorar Datenbank der OÖGKK (Behandlungsökonomie), Ärztekosten Jahresstatistik



8.4 Honorierung

Im internationalen Vergleich schneiden in Österreich die Ärztinnen mit Ihren Einkommen ziemlich gut ab. So untersuchte eine Studie im Jahr 2001 die Ärztinneneinkommen Österreichs, Deutschlands und der Niederlande. Ergebnis: das Einkommen einer österreichischen Ärztin vor Steuern war im Durchschnitt zwischen 1989 und 1998 von 922.000 Schilling auf 1,31 Millionen gestiegen. Holländische Ärztinnen kamen 1998 nur auf 1,09 Millionen, 1989 waren sie mit 921.000 Schilling noch gleichauf mit den Österreicherinnen. Die deutschen Ärztinnen mussten sich von einem höheren Ausgangsniveau 1989 von 1,05 Millionen Schilling mit einem Anstieg auf 1,1 Millionen Schilling begnügen [Rümmele, 2005, S.186].

Die durchschnittlichen Öffnungszeiten der Praxen unterscheiden sich erheblich. Längere Öffnungszeiten sind kundenfreundlich und führen auf Grund der besseren Auslastung zu prozentuell niedrigeren Fixkosten. Auf Grund der schnelleren Amortisation der Investitionskosten ist es möglich, mit den Ärztinnen niedrigere Tarife oder Limitierungen zu vereinbaren. Dies führt zu niedrigeren Fallwerten ohne der Gefahr einer Unterversorgung. Honorarsummenlimite, wie sie bei der OÖGKK mit der Verrechnung von Fachärztinnen bestehen verringern die Gefahren von Honorierungssystemen mit einem hohen Anteil an Einzeleinstellungsvergütungen. Eine medizinisch unbegründete Leistungssteigerung aus Einkommensinteressen wird auf Grund der Limitierung uninteressant.

Sonderversicherungsträger weisen für die Honorare an Ärztinnen ein höheres Ausgabenniveau auf als die Gebietskrankenkassen. Diese höheren Ausgaben werden hauptsächlich durch die deutlich höheren Preise für ärztliche Leistungen verursacht. Auch die doch beträchtlichen prozentuellen Selbstbehalte können dies nicht korrigieren.

Innovative und kostensenkende Honorierungssysteme lassen sich mit prozentuellen Selbsthalten nicht vereinbaren, denn um die Selbstbehalte berechnen zu können, müssen diese Versicherungen jede Leistung extra und immer gleich bezahlen. Diffizile Limitierungssysteme, die eine Berechnung des Wertes einzelner Positionen erst nach Vorlage der Quartalsabrechnung ermöglichen führen bei den einzelnen Ärztinnen je nach Frequenzzahlen zu unterschiedlichen Honoraren für die einzelnen Leistungen (was wie schon oben angeführt betriebswirtschaftlich durchaus Sinn ergibt). Ein prozentualer Selbstbehalt wäre für die Patientinnen nun unterschiedlich hoch, für dieselbe Leistung

würde bei Ärztinnen mit hohen Frequenzen weniger zu bezahlen sein als bei Ärztinnen mit niedrigen Frequenzen.

Tabelle 6: Prozentanteil des Limitierten Umsatzes, 2. Quartal 2004

Quelle: Gesamtabrechnung, Gesamtsumme §2-Kassen, ohne Tarifierpassung

Fachgruppe	UNLIMITIERT	LIMITIERT	%
GESAMT	56.815.100	47.476.753	84%
PRAKTIKER	29.000.022	25.106.793	87%
ALLG.FACHÄRZTE	20.694.564	16.974.372	82%
AUGEN	2.776.462	2.398.425	86%
CHI	526.514	478.599	91%
DER	1.842.061	1.543.839	84%
GYN	4.068.838	3.101.452	76%
HNO	1.641.759	1.339.696	82%
INT	3.016.797	2.238.855	74%
KIN	1.670.583	1.565.468	94%
LUN	1.279.039	1.041.484	81%
PSYCH/NEU	1.167.534	1.010.074	87%
ORT	1.824.504	1.486.306	81%
URO	880.472	770.172	87%
RADIOLOGIE	3.242.259	3.053.862	94%
LABOR	3.878.254	2.341.727	60%

Während die Ärztinnen für Allgemeinmedizin nur 13 Prozent ihres Honorars auf Grund von Limitierungen verlieren sind es bei den Fachärztinnen im Schnitt 18 Prozent, im Laborbereich, der aufgrund des hohen Technikanteils ein besonders hohes Rationalisierungspotential hat 40 Prozent.

8.4.1 Das Honorierungssystem der OÖGKK

(Quelle: internes Arbeitspapier Iris Aigner, Vertragspartnerabteilung I, OÖGKK)

8.4.1.1 Allgemeines zum Honorierungssystem der OÖGKK

Honorarverfahren

Die ärztliche Hilfe wird in Oberösterreich bei einem Vertragsarzt durch direkte Verrechnung der erbrachten Leistung zwischen Vertragspartner und Kasse erbracht, wenn der Anspruchsberechtigte einen Krankenschein (bzw. seit 2005 eine E-card) vorlegt. Man spricht von einem einstufigen Sachleistungsprinzip.

Honorarform

Die Vertragsärzte in Oberösterreich erhalten ihr Honorar nach einem gemischten System. Neben einer Pauschale pro in einem Quartal behandelte Person (Grundleistungsvergütung pro Krankenschein) werden bestimmte Sonderleistungen separat honoriert. In der Honorarordnung sind ca. 1.000 Sonderleistungspositionen enthalten. Diese grundsätzlich Honorierung nach Einzelleistungen ist im ASVG angeordnet (§ 342, Abs. 2), wobei gleichzeitig gefordert wird, dass die Verträge „Ausgabenbegrenzungen“ enthalten sollen.

Honorartarif

Die Höhe des Honorars für die Grundleistungen und Sonderleistungen wird zwischen der Interessensvertretung der Ärzte (ÄK f. OÖ) und der Sozialversicherung (Verhandlung durch OÖGKK, Abschluss durch HVB) jährlich vereinbart und in der Honorarordnung dargestellt. Die Honorarordnung bildet einen Teil des Ärztesgesamtvertrages, der für die Vertragsärzte ex lege unmittelbar verbindlich ist.

Auf Grund der termingerecht erfolgten Rechnungslegung erhält der Vertragsarzt für seine vertragsärztliche Tätigkeit im 2. und 3. Monat im Kalendervierteljahr eine Vorauszahlung in der Höhe von 34,05% vom Durchschnittshonorar pro Quartal der ersten drei Quartale des Vorjahres. Die Restzahlung erfolgt jeweils im 4. Monat nach Ende des Quartals für die die vertragsärztliche Leistung erbracht wurde.

Gefahr der Mengensteigerung bei Honorierung durch Dritte

Ein Honorierungssystem, bei dem vom Versicherungsträger dem Leistungserbringer alle erbrachten Leistungen bezahlt werden und der Patient

- a. keine Ahnung hat, ob diese Leistungen notwendig sind,
- b. das Bedürfnis hat, eher mehr Leistungen in Anspruch zu nehmen als wenige (Wunsch nach ärztlicher Zuwendung und bestmöglicher Betreuung)
- c. keinen direkten Beitrag zu den Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen zu zahlen hat

erhöht die Leistungsmenge und ist damit tendenziell kostentreibend. Diese Gefahr der Unökonomie/Erbringung nicht notwendiger Leistungen ist quantitativ viel bedeutender als es die wohl eher seltenen Fälle des „echten Betrugs“ (Verrechnung nicht erbrachter Leistungen) sind.

Zum „echten“ Betrug:

Bei Verdacht auf Betrug (zB statistische Auffälligkeiten, Patienteninformation) werden Kontrollen durchgeführt; und zwar in Form von Patientenbefragungen, Befundkontrollen,

Zeitreihen, usw. Wird der Verdacht bestätigt, werden Schadenersatzforderungen gestellt, in schwerwiegenden Fällen werden auch Vertragskündigungen ausgesprochen und die „Betrügerin“ wird bei der Staatsanwaltschaft angezeigt.

Zur Unökonomie – Erbringung nicht notwendiger Leistungen:

Diese Konstellation tritt aus unserer Sicht bei weitem häufiger auf als der „echte“ Betrugsfall. In OÖ haben wir folgende Steuerungsmaßnahmen, um diese Art der Unökonomie in den Griff zu bekommen:

- **Gesamtausgabenbegrenzung:**

Diese Begrenzungen, die das Risiko jeder Mengenentwicklung auf die Leistungserbringer verlagert, sind zwar gesetzlich vorgesehen, sind aber im ärztlichen Bereich nur sehr schwer umsetzbar. Bei den CT/MR-Instituten ist es in der Vergangenheit bereits gelungen, Gesamtausgabenbegrenzungen vertraglich zu vereinbaren, allerdings auch nur zeitlich befristet.

- **Spezielle Steuerungsmaßnahmen im Honorierungssystem, um die Gefahr der Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen von vorne herein einzudämmen (Pauschalierungen):**

Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt nach einem gemischten Honorarsystem. Ein Teil wird durch die sog. Grundleistungsvergütung (Pauschale pro Fall und Quartal) abgegolten. Bei den Ärzten für Allgemeinmedizin wird im Schnitt 40% der Tätigkeit durch diese Grundleistungspauschale abgegolten. Dadurch sind die Anreize mehr Leistungen zu erbringen eher gering. Die einzige Möglichkeit des Arztes mit der Pauschale sein Honorar zu erhöhen, ist die Anhebung seiner Patientenzahl, die er aber nur beschränkt steigern kann (z.B. Wiederbestellungen). Die Grundleistungsvergütung ist aber nach der Patientenzahl gestaffelt, sodass auch kein Anreiz besteht, die Scheinanzahl unnötig zu erhöhen. Im Bereich Urologie werden die Sonographieleistungen ebenfalls durch eine Pauschale pro Fall abgegolten, unabhängig von der Anzahl und Art der erbrachten Sonographieleistung. Seit 1.4.2005 ist auch im Bereich Laborgemeinschaften eine pauschalierte Honorierung pro Fall vertraglich vereinbart; ebenfalls unabhängig von der Anzahl und Art der erbrachten Laborleistung.

- **Honorarlimitierungen/Degressionen:**

Die Ausgaben im Bereich der fachärztlichen Tätigkeit werden vor allem durch sogenannte Honorarsummenlimitierungen und Degressionen gesteuert. Wird eine bestimmte Honorarsumme überschritten, erfolgt eine Rabattierung.

- **Fallbezogene Limitierungen:**
Bei einer Vielzahl von Einzelleistungen ist auch ein fallbezogenes Limit vorgesehen; Diese Limitierungen berücksichtigen sowohl die durchschnittliche medizinische Notwendigkeit als auch den betriebswirtschaftlichen Aspekt, wonach die einzelne Leistung bei größerer Frequenz billiger zu erbringen ist.
- **KO-Limitierungen:**
Im Bereich Orthopädie wurde für Injektionen und Infiltrationen ein KO-Limit eingeführt. Ein Facharzt für Orthopädie erhält unabhängig von seiner Praxisgröße max. einen bestimmten Betrag für diese Leistungen.
- **Indikationsregelungen:**
Auch diese Form der Leistungsbeschränkung, wonach die Verrechenbarkeit auf eine bestimmte Diagnose beschränkt ist, steuert die Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen in unserem Honorierungssystem (z.B. Molekulargenetische Untersuchungen).
- **Ökonomieprüfungen:**
Aufgrund von statistischen Auswertungen werden jene Ärzte herausgefiltert, die bei bestimmten Leistungen pro Fall wesentlich über dem Durchschnitt liegen. Wenn sie diese Auffälligkeiten nicht medizinisch erklären können, müssen sie mit Konsequenzen (z.B. Rückforderungen) rechnen.
- **Restriktive Stellenplanpolitik:**
Ein Vertrag mit einem Arzt wird in der Regel nur dann abgeschlossen, wenn ein entsprechender Bedarf vorhanden ist. Die damit verbundene Auslastung der Ärzte lässt Unökonomie nur beschränkt zu.
- **Forcierung zuwendungsmedizinischer Leistungen:**
Bereits seit vielen Jahren werden die zuwendungsmedizinischen Leistungen durch überdurchschnittliche Tarifierhebungen gefördert. Solche Leistungen können nicht unbegrenzt in Anspruch genommen werden, da die Zeitressourcen des Arztes beschränkt sind.

8.5 OUTCOME

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird definiert durch objektiv messbare Outcome-Daten und nicht durch die Höhe der Mittel, die in das System fließen. Das Ziel sollte möglichst guter Outcome bei gegebenem Input oder möglichst geringer Input bei definiertem Outcome sein.

Lebenserwartung, Morbidität und Mortalität sind objektiv messbare und international akzeptierte Outcome-Parameter. Sie können als Orientierung für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung im Bundesländervergleich dienen.

Sowohl bei der Lebenserwartung ab Geburt als auch bei jener ab 60 Jahren liegt Oberösterreich besser als die Bundesländer Wien, Niederösterreich, Burgenland, Steiermark (und bei den Frauen auch Kärnten). Es gibt also keine Hinweise für eine schlechtere Versorgung der Bevölkerung, umgekehrt formuliert hat die Bevölkerung der Bundesländer mit höherer Ärztedichte und höheren Kosten in der ärztlichen Versorgung keinen Vorteil in Bezug auf die Lebenserwartung.

Die Fragen nach der Effizienz dieser Leistungserbringung ist in diesen Teilen Österreichs also durchaus angebracht.

Abbildung 57: Lebenserwartung bei Geburt nach Bundesländern und Geschlecht, 2002

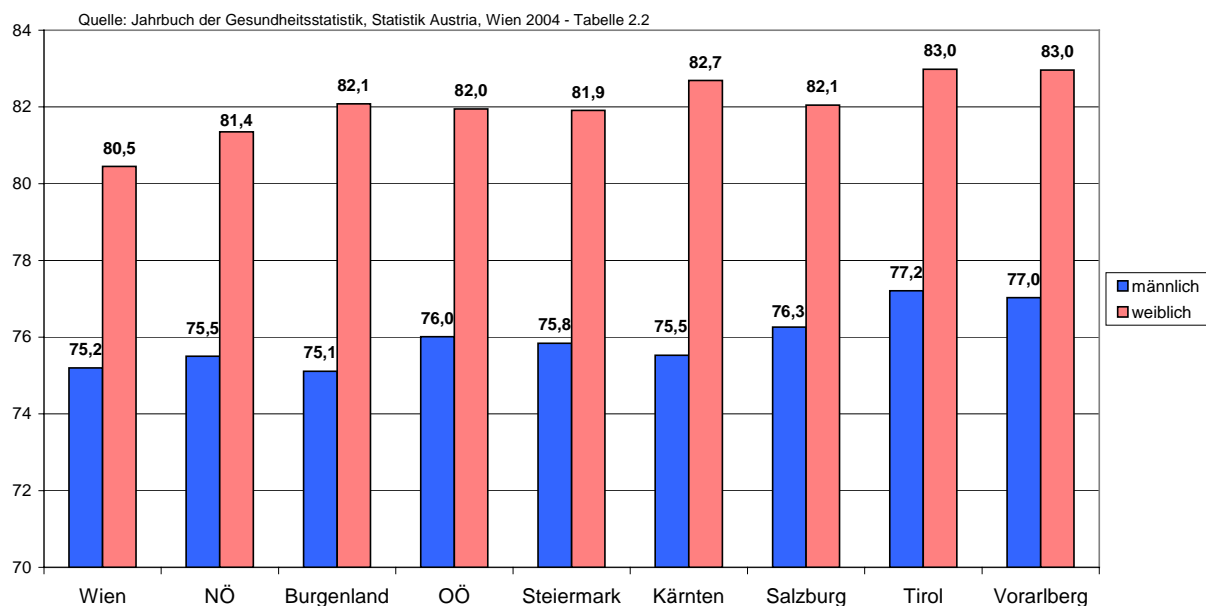
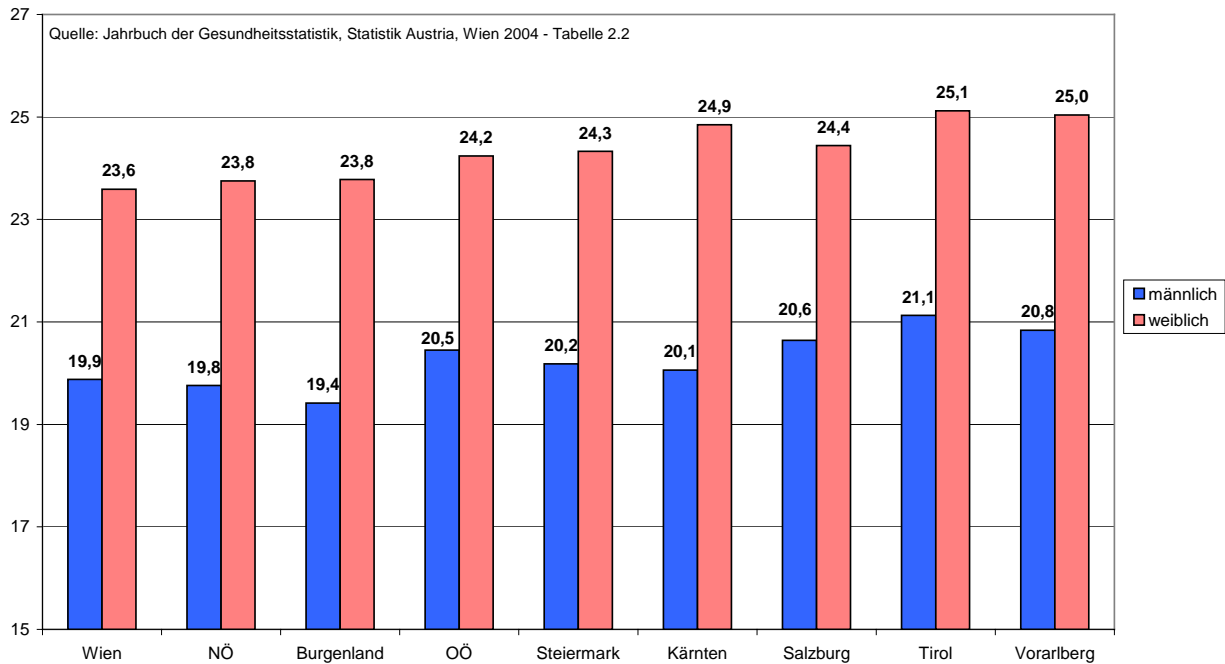
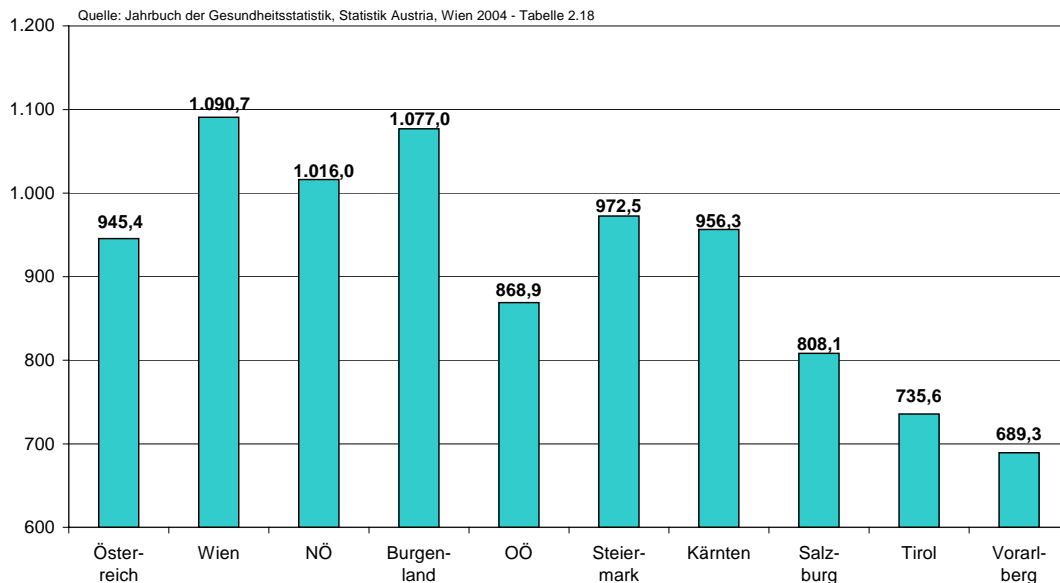


Abbildung 58: Lebenserwartung ab 60 Jahren nach Bundesländern und Geschlecht, 2002



Für die Definition des Bedarfes an medizinischer Versorgung ist die Altersstruktur und das Gesundheitsverhalten der betrachteten Bevölkerung von ausschlaggebender Bedeutung. Werden diese Faktoren nicht berücksichtigt erreicht man mit flächendeckend gleichen Schlüsselzahlen in manchen Regionen eine Über- in anderen wieder eine Unterversorgung. Dies wird auch in den Mortalitätszahlen im Bundesländervergleich deutlich.

Abbildung 59: Gestorbene 2002 nach Bundesländern auf 100.000 Einwohner



Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs sind jene Krankheiten die mit weitem Abstand in Österreich am häufigsten zum Tod führen.

Abbildung 60: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems)

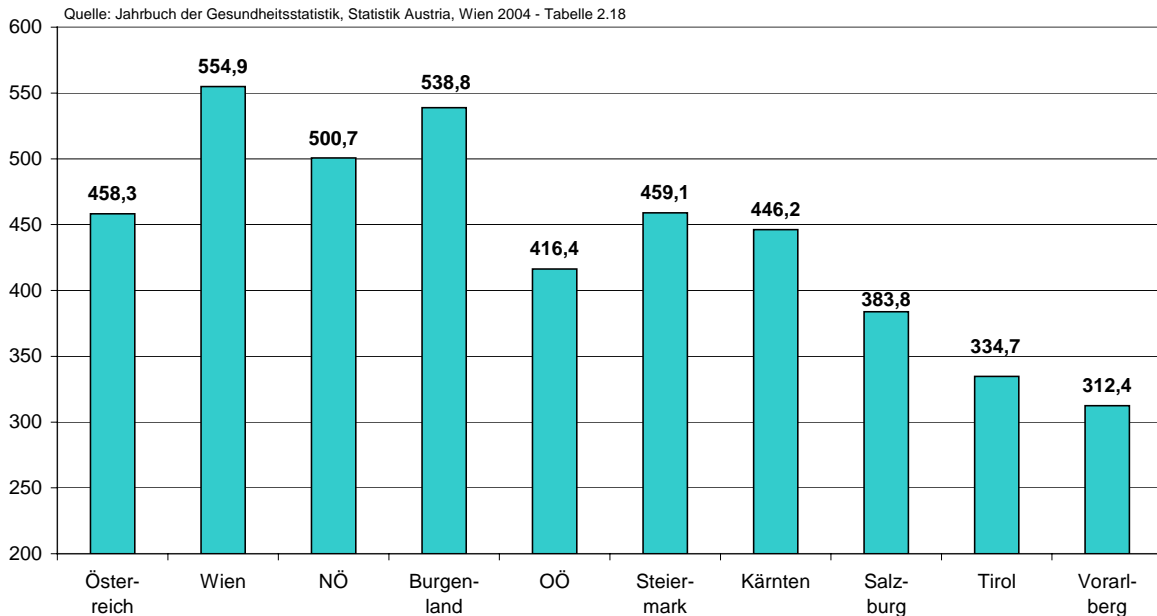
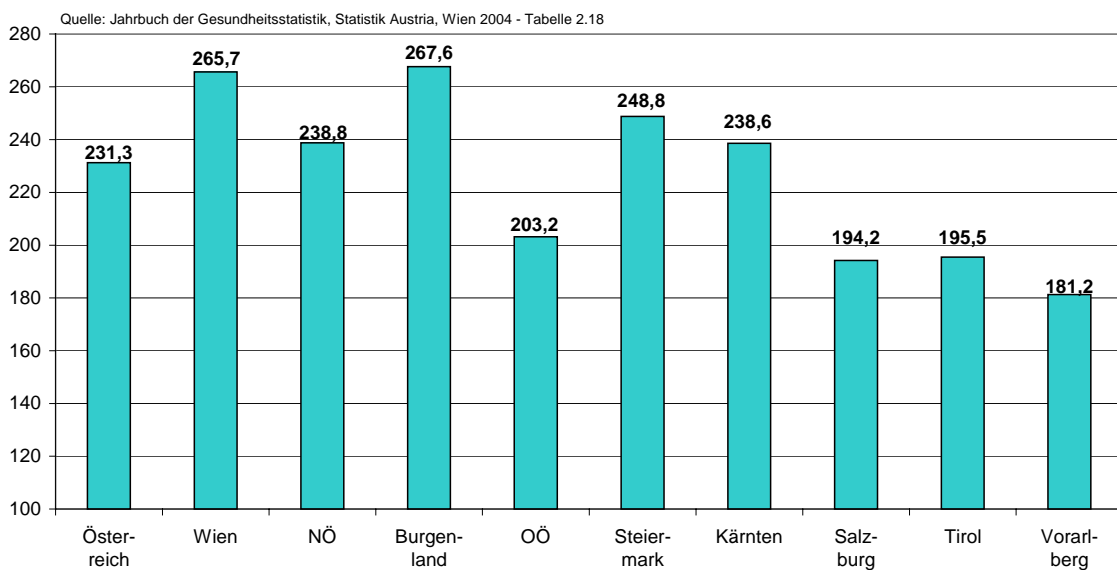


Abbildung 61: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (bösartige Neubildungen)



Die geringe Sterblichkeit an diesen beiden chronischen Erkrankungen in Oberösterreich beweist eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung, dies bestätigt sich auch durch die Auswertungen für die einzelnen Krebserkrankungen.

Abbildung 62: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (bösartige Neubildungen der Prostata)

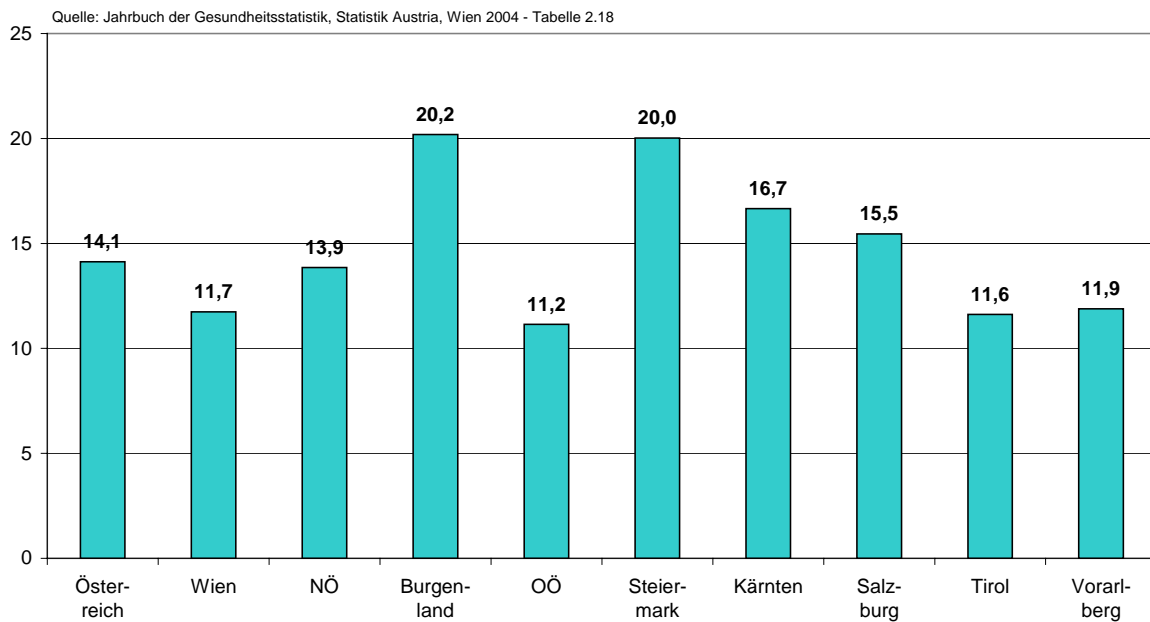


Abbildung 63: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (bösartige Neubildungen der Brustdrüse)

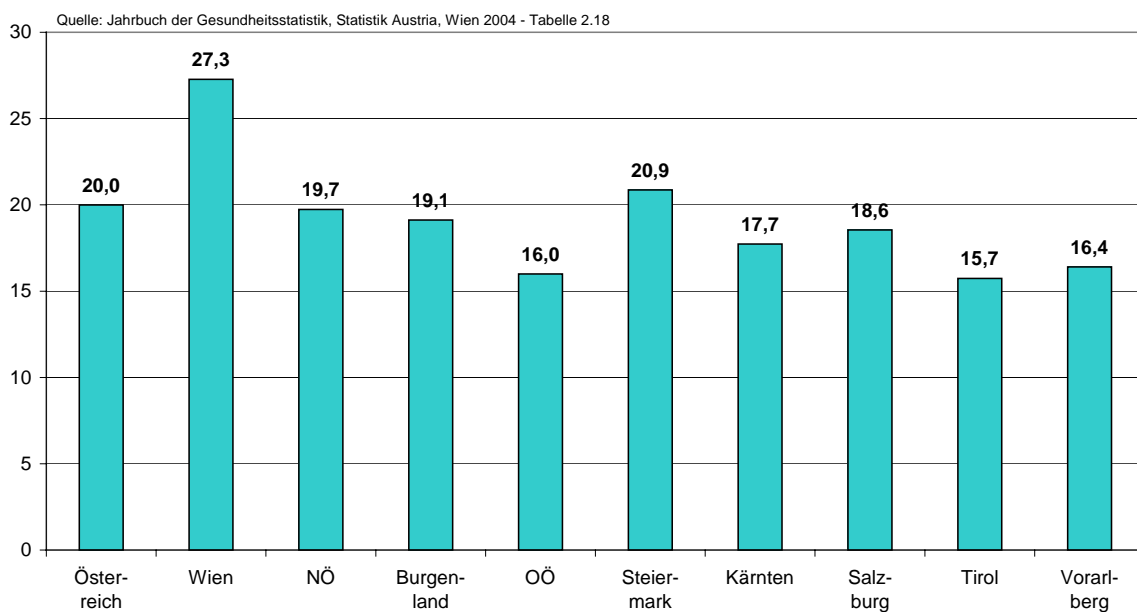
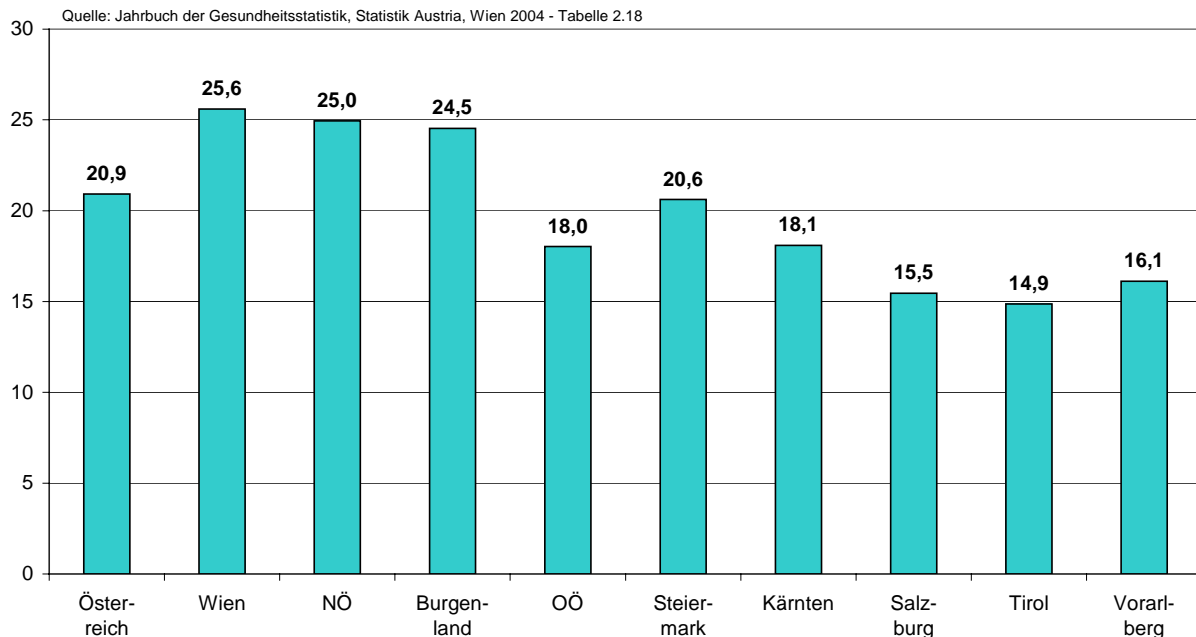


Abbildung 64: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (bösaartige Neubildungen des Dickdarmes)



Wenn Oberösterreich eine Unterversorgung in der Gesundheitsversorgung hat, wie ist es dann zu erklären, dass diese Gesundheitsindikatoren besser sind als im Österreichschnitt?

8.6 Fazit

Die Kosten und das Ausmaß der Leistungen, die für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung erforderlich sind hängen von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren ab. Mehr Geld für die Versorgung heißt nicht zwangsläufig auch bessere Ergebnisse für die Bevölkerung (im Sinne von höherer Lebenserwartung oder besserer Lebensqualität). Mehr Ressourcenverbrauch ohne besseren Outcome ist ein Indiz für einen ineffizienten Mitteleinsatz. Statt dieselbe Ineffizienz auch für andere Bundesländer zu fordern sollte man die Maßnahmen jener Bundesländer bundesweit umsetzen, die gute medizinische Outcomes mit geringerem Ressourcenverbrauch erreichen.

Neben der unterschiedlichen Effizienz der Versorgung ist aber auch die unterschiedliche Demographie und der aus anderen Gründen unterschiedliche Bedarf an medizinischer Betreuung für Outcomes und Ressourcenbedarf verantwortlich.

8.6.1 Demografie

Die unterschiedliche Altersstruktur in den einzelnen Bundesländern trägt nicht unerheblich zu den unterschiedlichen Kosten pro Behandlungsfall bei.

Abbildung 65: Heilmittelkosten pro Anspruchsberechtigte in Euro nach Altersdekaden, 2003 (Schnitt €204,27) Quelle: FOKO, 2003, Anspruchsberechtigte:HVB – Statistik Juli 2003

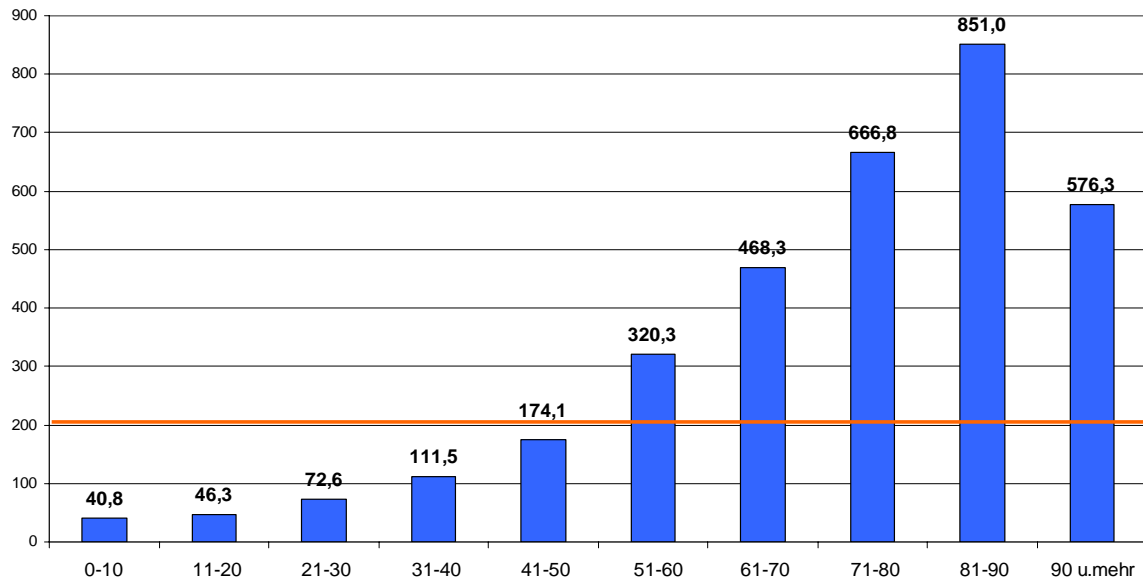
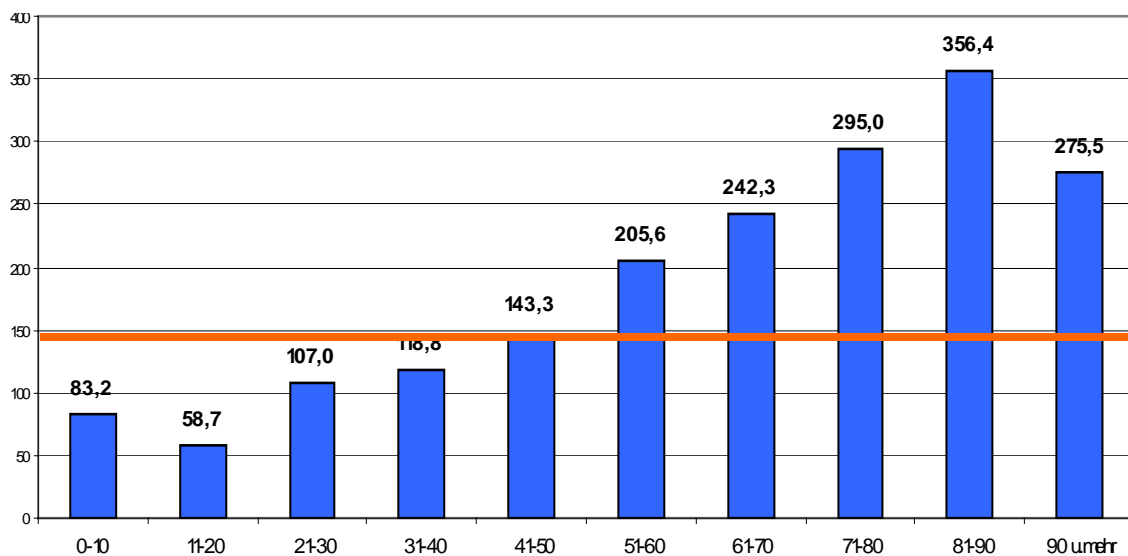


Abbildung 66: Kosten für ärztliche Hilfe in Euro pro Anspruchsberechtigte nach Altersdekaden, 2003 (Schnitt €145,02)

Quelle: FOKO, 2003, Anspruchsberechtigte:HVB – Statistik Juli 2003



An diesen beiden Grafiken wird deutlich, dass eine bedarfsorientierte Angebotsplanung immer altersstandardisiert durchgeführt werden muss. Ressourcenschätzungen, die unterschiedliche Altersstrukturen nicht berücksichtigen sind wertlos!

Für eine Angebotsplanung ist dabei besonders auch der Anteil der Hochbetagten zu berücksichtigen, außerdem entscheiden auch unterschiedliche Lebensformen über die zu erwartenden Kosten. Es macht einen Unterschied in den Kosten der Versorgung, ob Menschen von Angehörigen betreut werden oder in Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.

Auch und gerade im Alter stellt sich die Frage, ob mehr Medizin zwangsläufig bessere Behandlungsqualität bedeuten muss. In Anbetracht der zahlreichen Medikamente, die alte Menschen oft gleichzeitig verordnet bekommen muss man befürchten, dass der Nutzen dieser Heilmittel geringer ist als mögliche Schäden durch Nebenwirkungen und Interaktionen. Die wenigsten Heilmittel können eine Wirksamkeit bei der Altersgruppe der Hochbetagten nachweisen, weil Studienteilnehmerinnen im Regelfall ausgeschlossen werden, wenn sie zu diesen Altersgruppen gehören.

8.6.2 Bedarf, Morbidität und Mortalität

Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung variiert nicht nur zwischen verschiedenen Altersgruppen und Geschlechtern, sondern vor allem auch zwischen den Regionen, insbesondere zwischen Ost- und Westösterreich [Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004]. Es ist ein ausgeprägtes West-Ost-Gefälle festzustellen, dessen Hintergründe unter anderem mit folgenden Faktoren in Zusammenhang stehen dürften:

- Ungünstigere sozioökonomische Struktur und Entwicklung in Teilen der Ostregion;
- deutlich erhöhte Sterblichkeit in bestimmten Gebieten der Ostregion bzw. in bestimmten Indikations- und Altersgruppen (z. B. Übersterblichkeit der Männer im Weinviertel bzw. der Frauen in Wien, potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit im Burgenland und Niederösterreich);
- höchster Anteil an stark Übergewichtigen (BMI>30) in Ostösterreich, offenbar aufgrund von ungünstigerem Ernährungsverhalten im Osten, das auch durch Mikrozensus-Erhebungen und durch die Stellungsuntersuchungen bestätigt wird;
- nach Eigenauskunft der im Rahmen von Mikrozensus-Erhebungen Befragten relativ geringere Betroffenheit von Bluthochdruck in Süd- und Westösterreich im Vergleich zu Ostösterreich;

- niedrigste Anteile an Personen, die zur Gesunderhaltung bewusst Sport und Bewegung forcieren in Ostösterreich versus vergleichsweise hohen Anteilen in Westösterreich.
- Analog zu diesen objektiv messbaren Ergebnissen ist auch die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit im Westen deutlich höher als im Osten. Daraus ergeben sich Ansatzpunkte für die regionale Schwerpunktsetzung in der Gesundheitsförderung und Prävention.

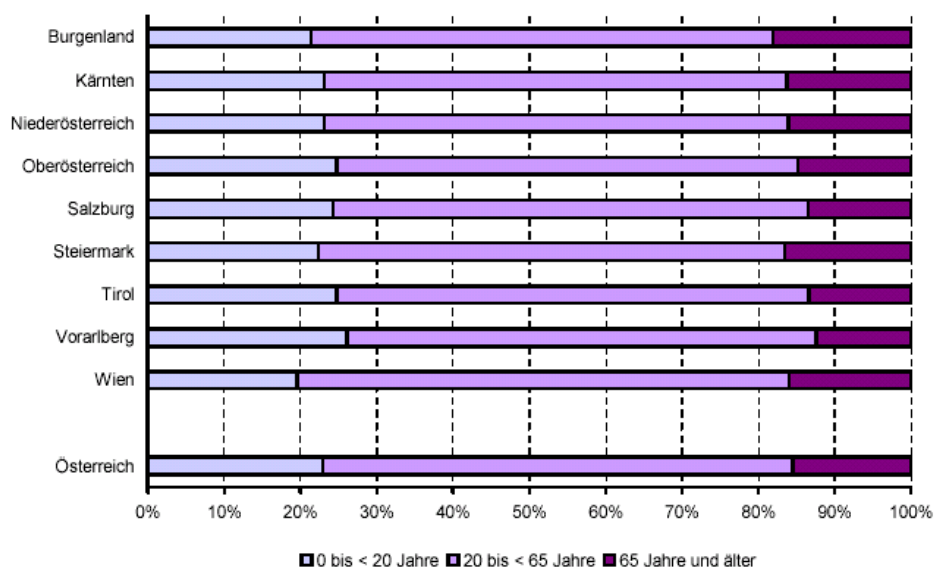
Eine bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung muss diese Unterschiede berücksichtigen, in Gebieten mit aus unterschiedlichen Gründen geringerer Morbidität und Mortalität (jüngere Altersstruktur, gesündere Lebensweise, bessere Sozialkontakte, günstigere regionalwirtschaftliche Situation) wäre dieselbe Ärztedichte wie in den östlichen Bundesländern zweifelsfrei eine Überversorgung.

8.6.2.1 Soziodemographische Faktoren

Die Altersstruktur ist in den Bundesländern im Osten und Süden von einem überdurchschnittlichen Anteil an über 64-jährigen Einwohnern geprägt, wobei in Wien, im Burgenland und der Steiermark auch der Anteil der unter 20-Jährigen unter dem Österreichdurchschnitt liegt. Besonders hohe Anteile an über 64-Jährigen zeigen die NUTS-III-Regionen des Burgenlandes, das Wald- und Weinviertel in Niederösterreich sowie die westliche und östliche Obersteiermark, wobei in der östlichen Obersteiermark auch der Anteil der unter 20-Jährigen deutlich unter dem Österreichwert liegt.

Abbildung 67: Altersverteilung in Österreich nach Bundesländern 2001

Quelle: Gesundheitsbericht 2004



Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

8.6.2.2 Regionalwirtschaftliche Situation

Zur Erfassung der regionalwirtschaftlichen Situation wurden - in Anlehnung an die Indikatoren zur Abgrenzung der Zielgebiete der EU-Strukturfonds zur regionalen Wirtschaftsförderung - Indikatoren für die regionale Wirtschaftskraft, die Arbeitslosenquote sowie für die Entwicklung der Beschäftigung herangezogen und daraus wiederum ein synthetischer Indikator gebildet .

Gemessen an diesem synthetischen Indikator ist die regionalwirtschaftliche Situation im Bundesland Salzburg mit 117 % des Österreichwertes im Bundesländervergleich am günstigsten, gefolgt von Vorarlberg mit 113 %, Oberösterreich mit 112 %, Wien und Tirol mit je 106 %. Niederösterreich liegt mit 98% bereits knapp unter dem Österreichwert. Die Steiermark erreicht 92%. Auf die vergleichsweise ungünstigste wirtschaftliche Situation im Untersuchungszeitraum weisen die Indikatorenwerte in Kärnten und im Burgenland mit nur rund 85 Prozent des Bundesdurchschnitts hin.

8.6.2.3 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die Lebenserwartung bei der Geburt stieg in Österreich seit 1981 für Männer um 6,3 Jahre, die der Frauen stieg im selben Zeitraum um fünf Jahre. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern hat sich also verringert, wenngleich sich dieser Trend seit 1997 nicht weiter fortgesetzt hat.

Am höchsten ist die Lebenserwartung bei Männern in den westlichen Bundesländern Tirol (insbesondere in Osttirol), Vorarlberg und Salzburg, aber auch in Oberösterreich und Kärnten, wo sich die Lebenserwartung im Beobachtungszeitraum deutlich erhöht hat.

Die Sterblichkeit der Männer war im Osten Österreichs signifikant erhöht, in Wien insbesondere aufgrund der Herz-/Kreislauf- und Krebserkrankungen. Im Burgenland war zusätzlich die Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane (z.B. Leberzirrhose) signifikant erhöht und auch in Niederösterreich starben deutlich mehr Männer an Herz-/Kreislaufkrankungen und an Erkrankungen der Verdauungsorgane als im übrigen Österreich. Im Westen und Süden Österreichs lag die Sterblichkeit der Männer signifikant unter dem Bundesdurchschnitt. Auffallend ist jedoch, dass in Salzburg und Kärnten die gewaltsamen Todesfälle (Verletzungen und Vergiftungen) signifikant häufiger zum Tod führen als in den anderen Bundesländern. Auch bei den Frauen war die Sterblichkeit in Ostösterreich deutlich erhöht, die Herz- /Kreislaufkrankungen führten in

Wien, Niederösterreich und im Burgenland signifikant öfter zum Tod als in Österreich insgesamt. In Wien ist die Situation besonders ungünstig, weil auch die Krebssterblichkeit und die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungserkrankungen statistisch signifikant über dem Bundesdurchschnitt lagen.

Die Sterblichkeit zeigt in Österreich insgesamt ein ausgeprägtes West-Ost-Gefälle mit einer günstigeren Situation praktisch im gesamten Westen und einer vergleichsweise sehr ungünstigen Situation im Osten, insbesondere in Wien sowie in weiten Teilen Niederösterreichs und des Burgenlands. Dieses Gefälle zeichnet sich in unterschiedlicher Deutlichkeit für die Bevölkerung insgesamt wie auch für die unter 65-jährig Verstorbenen ab, und zwar bei beiden Geschlechtern.

8.6.2.4 Schlussfolgerungen

Beim Vergleich der Bundesländer hinsichtlich ihrer demographischen Struktur und Entwicklung, ihrer Sozialstruktur sowie ihrer regionalwirtschaftlichen Situation zeigt sich vor allem im Burgenland und der Steiermark eine Überlagerung ungünstiger Merkmale, während sich für die westlichen Bundesländer Tirol und Vorarlberg eine vergleichsweise günstige Situation ergibt. Diese Unterschiede in der sozioökonomischen Struktur ziehen offenbar zum Teil auch Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung nach sich.

Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung variiert nicht nur zwischen verschiedenen Altersgruppen und Geschlechtern, sondern auch zwischen den Regionen, insbesondere zwischen Ost- und Westösterreich. Die Lebenserwartung lag im Jahr 2001 für österreichische Männer bei 75,5 und für österreichische Frauen bei 81,2 Jahren, wobei der Osten Österreichs gegenüber dem Westen und Süden bei beiden Geschlechtern mit einer niedrigeren Lebenserwartung konfrontiert ist. Die regionalen Unterschiede reduzieren sich im Zeitverlauf, allerdings nur langsam.

9 Ausblick

Die anhaltende politische Debatte um Reformen des Gesundheitssystems nimmt einen immer breiteren Raum ein. Nahezu täglich werden Konzepte und Vorschläge von nahezu allen Marktteilnehmerinnen im Gesundheitswesen veröffentlicht. Aufgrund der Komplexität des Systems und den vielfältigen Einflussfaktoren beziehen sich diese Reformvorschläge oftmals auf einzelne Systemausschnitte. Darüber hinaus sind sie oftmals praxisfremd oder es fehlt die ausreichende Akzeptanz der Stakeholder, weil sie vom Reformprozess ausgeschlossen waren.

Die Entwicklung des Gesundheitssektors steht in jedem Land eng mit der historischen Entwicklung des Sozialsystems und der spezifischen Stellung und Rolle der einzelnen gesellschaftlichen Gruppen die im Gesundheitssektor zusammenwirken in Beziehung.

Deshalb haben Reformansätze den Charakter der Einzigartigkeit jedes nationalen Gesundheitssystems im Auge zu behalten. Gelungen Reformschritte in einem Land können wertvolle Inspiration für die Umsetzung in einem anderen Land sein, zentrale Voraussetzung für das Gelingen von Veränderungen ist aber die Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten.

Die Komplexität und politische Bedeutung der Gesundheitssysteme und das wirtschaftliche Gewicht der damit verbundenen Interessengruppen machen eine Reform zu einer besonderen Herausforderung. Jedes Gesundheitssystem ist eine historisch gewachsene, meist sehr sensible Balance zwischen den unterschiedlichen Akteurinnen. Deshalb ist die Umsetzung von Reformen nur unter Einbeziehung der verschiedenen betroffenen Gruppen und nach langen politischen Prozessen möglich. Gesundheitssystemreform ist ein evolutionärer, kein revolutionärer Prozess. [Köck/Patera, 2002, S.11ff]

Köck/Patera beschreiben die Ziele eines optimalen Gesundheitssystems wie folgt:

- *Humanistisches Menschenbild (Patientinnenautonomie, Partizipation und Mitgestaltung, klar definierte und einforderbare Patientinnenrechte)*
- *Patientinnenzufriedenheit mit den Ergebnissen und Prozessen der Leistungserbringung*
- *Sicherheit des Zugangs zu Gesundheitsversorgung für alle Mitglieder der Gesellschaft, unabhängig von den ökonomischen Möglichkeiten*
- *Solidarische Finanzierung der Leistungen*

- *Evidenzbasierte Effektivität der angebotenen Gesundheitsleistungen*
- *Hohe Versorgungsqualität*
- *Effizienz des Ressourceneinsatzes*
- *Entwicklungs-, Anpassungs- und Reformfähigkeit*

Fragen der Gestaltung des Gesundheitswesens sind politische Fragen und demokratisch organisierte Gesellschaften sind auf die Beteiligung oder zumindest das stillschweigende Einverständnis eines wesentlichen Teils der Bevölkerung angewiesen. Dabei steht die solidarische Finanzierung der Leistungen und der gesicherte Zugang zur Versorgung für alle Bürgerinnen außer Frage. Das medizinische Versorgungssystem ist ein wichtiger Faktor in der österreichischen Wirtschaft und spielt eine wesentliche Rolle im Rahmen der sozialen Sicherung und damit für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und den sozialen Frieden im Land. Die wesentliche Herausforderung für politische Entscheidungsträgerinnen ist der Umgang mit dem Widerstand politisch einflussreicher, wirtschaftlich mächtiger und gut organisierter Interessengruppen. Jede Systemveränderung hat sich mit der Frage der Einkommens- und Lastenverteilung zwischen den Stakeholdern zu befassen.

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Österreich ist fragmentiert und wird aus mehreren Quellen gespeist (Gesetzliche und private Krankenversicherungen, Steueraufkommen von Bund, Ländern und Gemeinden, Eigenleistungen der Patientinnen). Grundsätzlich sorgt eine diversifizierte Mittelaufbringung für eine breitere Basis der Finanzierung, hat damit einen stabilisierenden Einfluss auf die Einnahmen und ist daher zu begrüßen. Problematisch ist aber, dass die aufgebrachten Mittel nicht in einer Hand zusammengeleitet werden, von welcher Leistungen dort finanziert werden, wo sie volkswirtschaftlich die geringsten Kosten verursachen. Daraus ergeben sich gegenläufige Interessen mit negativen wohlfahrtsökonomischen Effekten: dem Anreiz der Krankenhäuser bei gedeckelten Budgets Leistungen in den niedergelassen Bereich zu verschieben stehen die Interessen der Sozialversicherungsträger entgegen, weil diese die ausgelagerten Leistungen dann doppelt zu bezahlen hätten.

Die Gestaltung des Gesundheitssystems ist aber nur ein Teilaspekt der Gesundheitspolitik. Sozialpolitische Variablen sind in ihrer Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung viel bedeutender als medizinische Leistungen. Verfügbarkeit und Qualität der Nahrung, die Höhe des verfügbaren Haushaltseinkommens, der Zugang zur Bildung, die Einkommensunterschiede innerhalb einer Gesellschaft und die autonome

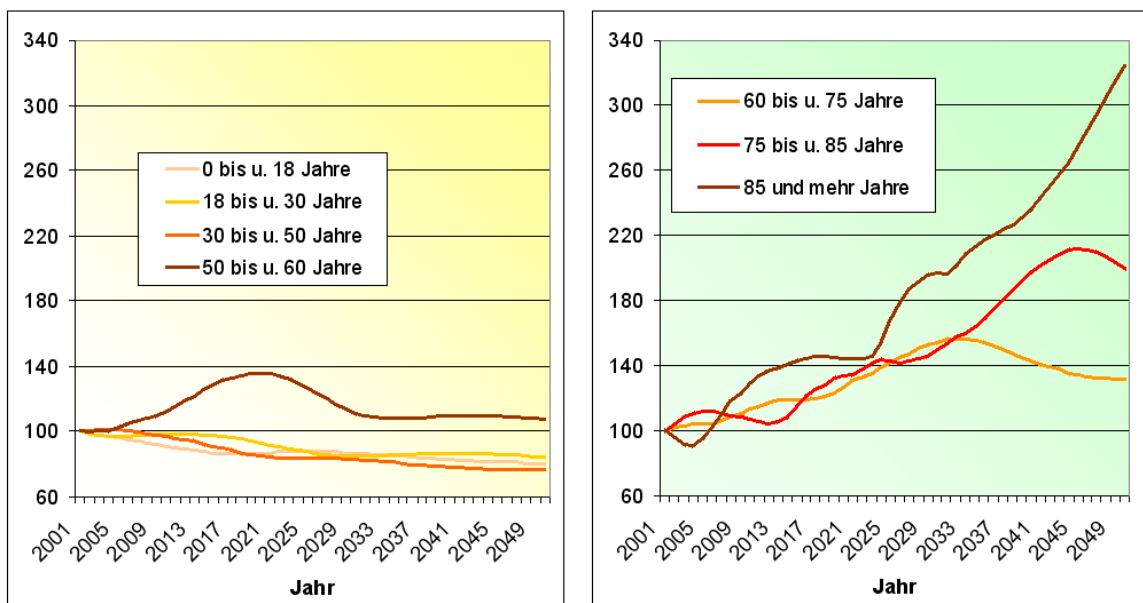
Gestaltungsmöglichkeit wichtiger Lebensbereiche für den Einzelnen können in ihrer Wirkung auf die Gesundheit die Einflüsse des Medizinsystems bei weitem übertreffen.

Der wesentlichste und grundsätzlichsste Reformschritt wäre daher die Finanzierung des gesamten Gesundheitsbereiches aus einer Hand unter Einbeziehung von sonstigen Sozialleistungen. Gleichzeitig muss das Gewicht der sozioökonomische Faktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung erkannt und deshalb der Beseitigung von zu großer Ungleichheit von Einkommen, Bildung und autonomer Gestaltung auf allen Ebenen der Gesetzgebung Rechnung getragen werden.

9.1 Demographische Entwicklung

Einzelne Menschen, die ein hohes Lebensalter erreicht haben hat es immer schon gegeben, das Älterwerden sehr vieler Menschen ist aber ein historisch junges Phänomen. Die maximalen Lebensspannen zeigen in den Industrieländern eine relative Konstanz, die Zahl der Menschen , die diese Lebensspanne auch erreichen nimmt deutlich zu. Wir beobachten historisch eine „Rektangulaisierung“ der Überlebenskurven. Dabei wird die maximale Lebensspanne kaum verändert. Die Wahrscheinlichkeit, vor diesem Zeitpunkt zu sterben, sinkt (tendiert gegen Null). Entsprechend steigt die durchschnittliche Lebenserwartung.

Abbildung 68: Zahlenmässige Entwicklung ausgewählter Lebensphasen 2001 – 2050 (Indexdarstellung 2001=100) Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004



Forscher nehmen (je nach Denkrichtung) eine maximale Lebensspanne der Menschen von etwa 115-130 Jahren an. Bei Berücksichtigung der individuellen Variabilität ergibt sich daraus eine maximal erreichbare durchschnittliche Lebenserwartung von 85-95 Jahren. Dabei wird angenommen, dass eine weitere wesentliche Reduktion der Mortalität nicht so sehr von den Fortschritten der kurativen Medizin, sondern vielmehr von der Realisierung definierbarer präventiver Maßnahmen – im Sinne von Verhaltens- und Verhältnisprävention – abhängt.

Dabei lässt sich für die westeuropäischen Länder ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zu- oder Abnahme des in relativer Armut lebenden Bevölkerungsteils eines Landes (als Maß für die ökonomische Verteilungsgerechtigkeit) und der durchschnittlichen Lebenserwartung aufzeigen.

Damit lässt sich die Frage nach den Determinanten der in Industrieländern steigenden Lebenserwartung beantworten: Wenn wir eine Rangordnung der maßgeblichen Faktoren aufstellen, dann kommt den Faktoren

- Schutz vor physikalisch-chemischen Schädigungen
- Ernährung
- Soziale Unterstützung
- Medizinische Hilfe

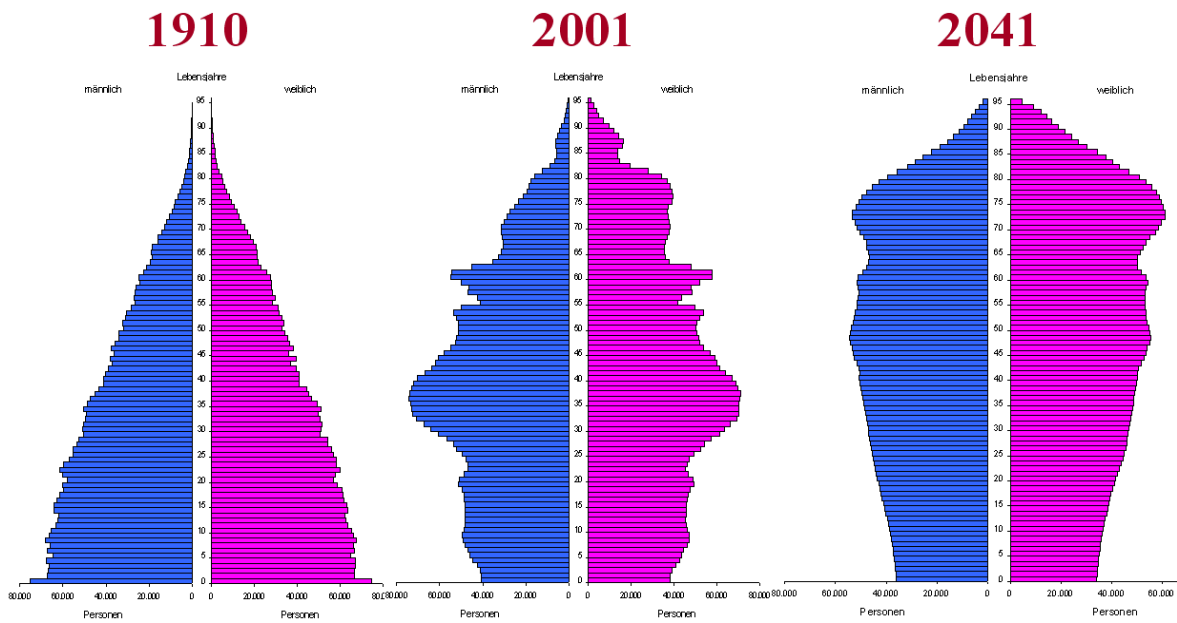
maßgebliche Bedeutung zu (und zwar in dieser Reihenfolge!) inklusive dem „gleichverteilten“ Zugang zu diesen Gesundheitschancen [Schwartz et al., 2003, S.170f].

Der demographische Umbau (Altersumbau, Transition) findet in allen Industriestaaten statt. Es ist ein bleibender Umbau von einer „Pyramide“ (Entwicklungsländer, frühe Industriestaaten) zu einer „Tonne“ (Industrieländer). Er ist gesundheitspolitisch erwünscht, denn er bedeutet eine maximal lange Lebenserwartung für jeden Geborenen.

Ein spezifisches Problem der Industrieländer, das die Wirkung ihrer „Alterslastquotienten“ verschärft, ist die Zunahme der Ein-Personen-Haushalte. Ursache ist neben der Übersterblichkeit der Männer eine wachsende Scheidungsrate, so dass ein zunehmender Bevölkerungsanteil das Alter bereits im Status des Alleinlebens erreicht. Damit nehmen die intrafamiliären Pflegemöglichkeiten für alte Menschen ab. Alterungsprozesse und Altersstufen unterliegen biologischen, biografischen, subjektiven, sozialen und kulturellen Bewertungen. Altern ist daher gleichzeitig ein biologisches, psychisches und gesellschaftliches Phänomen.

Abbildung 69: Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung 1910 – 2001 – 2041

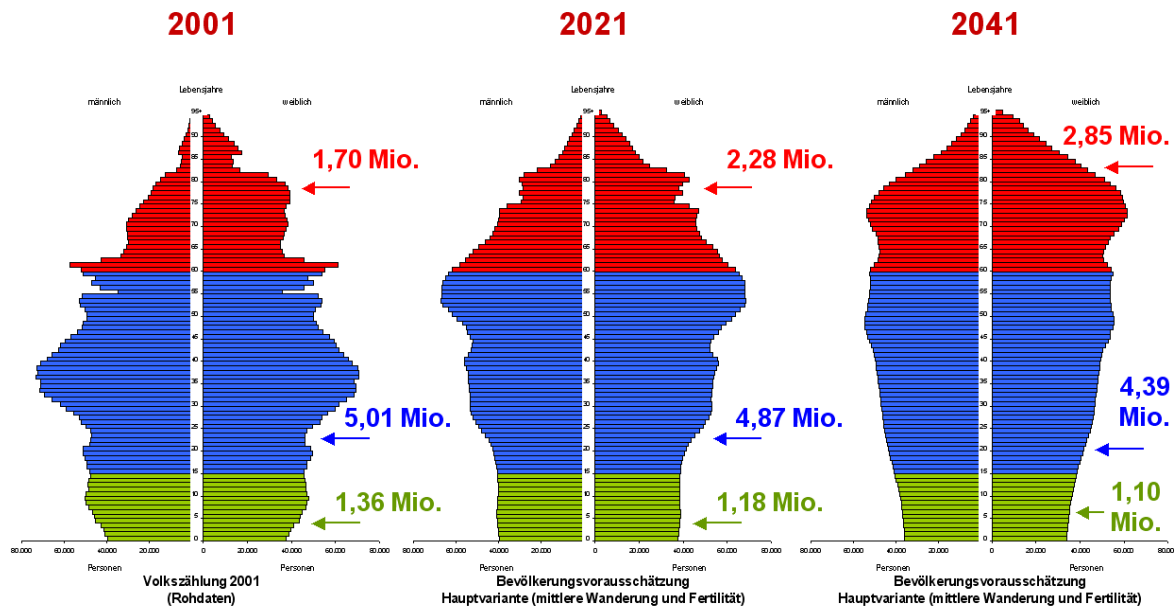
Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004



Quellen: Volkszählungen und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Abbildung 70: Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung 2001 – 2021 – 2041 mit absoluten Zahlen der Altersgruppen 0-15 (grün), 16-60 (blau), älter als 60 (rot)

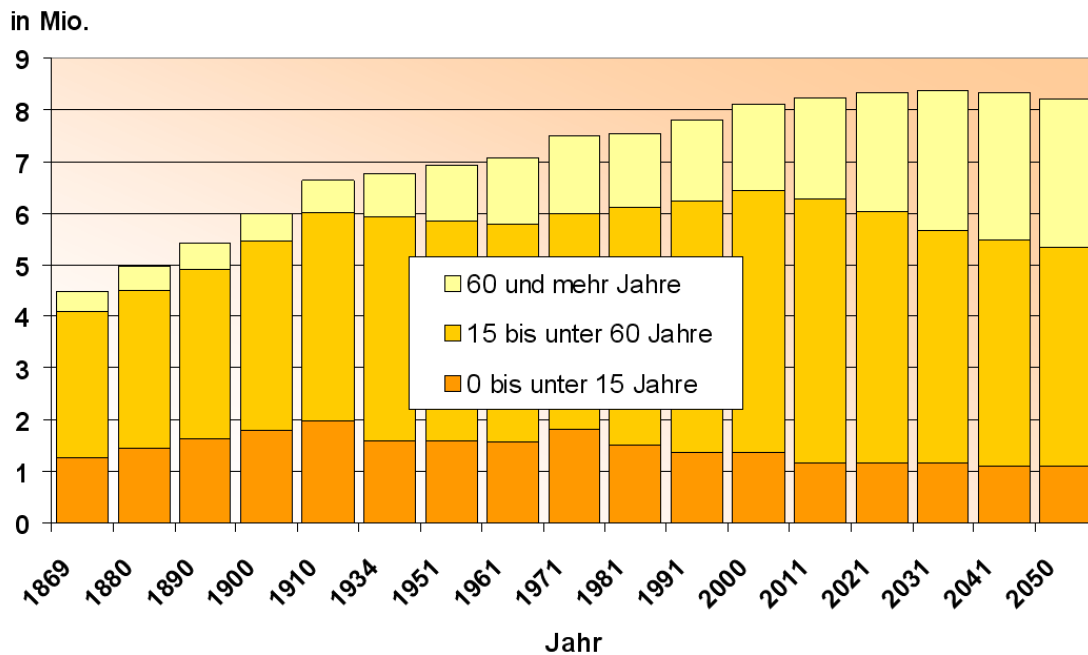
Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004



Quellen: Volkszählung 2001 und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Abbildung 71: Bevölkerung Österreichs nach breiten Altersgruppen (absolut) 1869 – 2050

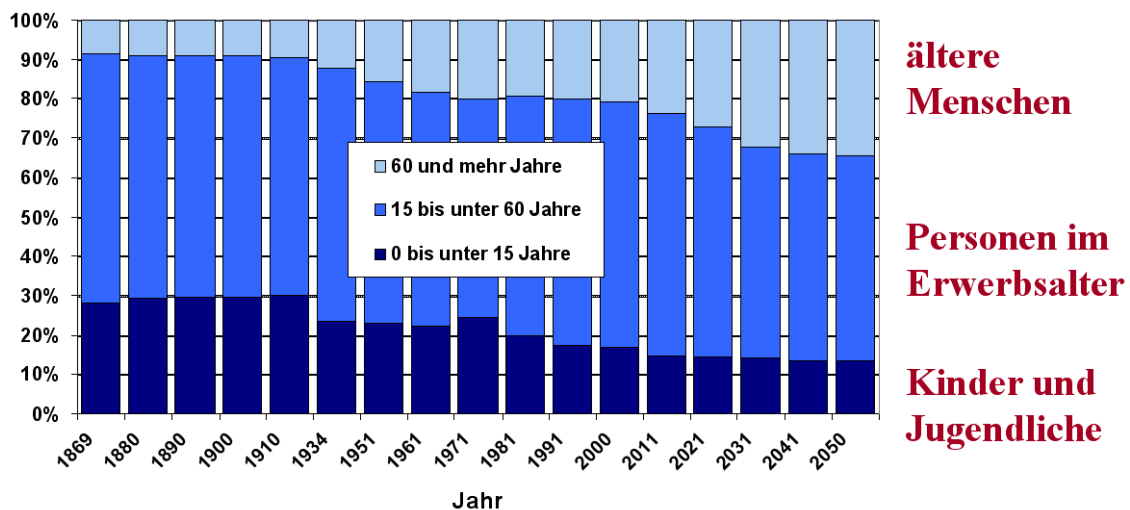
Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004



Quellen: Volkszählungen, Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Abbildung 72: Bevölkerung Österreichs nach breiten Altersgruppen (in Prozent) 1869 – 2050

Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004



Quellen: Volkszählungen, Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Die demographischen Altersunterteilungen beziehen sich vor allem auf die höhere Abhängigkeit (Renten, Pflegebedarf,...). Die „jüngeren Alten“ gelten in den Industrieländern inzwischen aber als mobile und konsumstarke Gruppe.

Die sozialpolitischen Diskussionen über die „ergrauende Gesellschaft“ ignorieren oft, dass auch Personen unter 20 Jahren „abhängig“ sind. Ein Maß für die sozialpolitische Belastung eines Landes ist der Altersabhängigkeitsquotient (Belastungsquotient): das Verhältnis von Personen in abhängigen Altersgruppen (in der Regel unter 15 bzw. ab 65 Jahren) zu den Personen ökonomisch produktiver Altersstufen (20-65 Jahre). Die Abhängigkeitslast einer Bevölkerung umfasst demnach sowohl junge als auch alte Personen.

Tabelle 7: Entwicklung des relativen Anteils breiter Altersgruppen (in Prozent der Gesamtbevölkerung) Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004

Jahr	0-14 Jahre	15-59 Jahre	60+ Jahre	75+ Jahre
1880	29,3	61,4	9,3	1,3
1910	29,8	60,7	9,4	1,5
1970	24,4	55,6	20,1	4,7
2001	16,5	62,3	21,2	7,3
2011	14,6	61,6	23,8	8,1
2021	14,2	58,4	27,4	9,7
2041	13,3	52,8	33,9	15,0

Tabelle 8: Potentielle Unterstützungsrate für ältere Menschen

Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004

1981	4,3
2001	4,4
2011	3,8
2021	3,2
2041	2,1

Derzeit kann jede Person im Alter von 65 und mehr Jahren mit der Unterstützung von 4,4 Personen im Erwerbsalter rechnen. Bis zum Jahr 2041 wird dieser Wert auf 2,1 Personen sinken.

Quellen: Volkszählungen und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Die Bewertung, ob die zunehmende Lebenserwartung auch zu einer Zunahme der mit Krankheiten verbrachten Lebensspanne führt (Extension der Morbidität) wird unterschiedlich beurteilt. Die optimistische Annahme einer – mit steigender Lebenserwartung – „komprimierten Morbidität“ ist durchaus berechtigt.

Tabelle 9: Lebenserwartung in guter Gesundheit Österreich 1978 – 1998

Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004

Alter in Jahren	Männer		Frauen	
	1978	1998	1978	1998
Lebenserwartung in guter Gesundheit (Jahre)				
60	12,6	16,6	14,5	19,2
75	4,5	6,9	4,8	7,6
85	1,3	1,7	1,3	1,7
Anteil der Lebensjahre in guter Gesundheit an der restlichen Lebenserwartung in %				
60	80	89	75	87
75	67	83	60	78
85	59	74	56	66

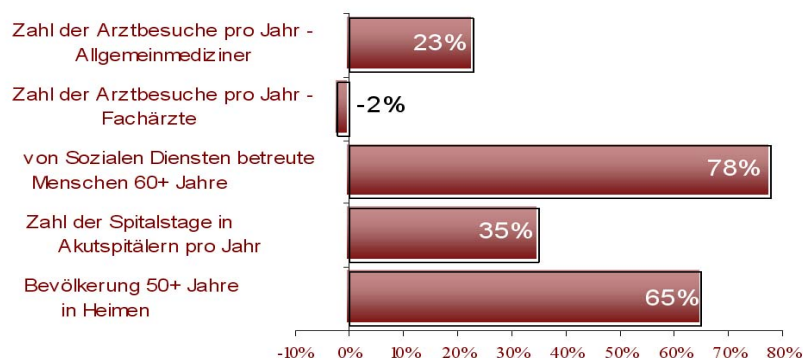
Quelle: Doblhammer, Gabriele, Kytir, Josef. Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. Social Science and Medicine 52 (2001) S. 385-391.

Diese positive Entwicklung setzt allerdings eine weitere Optimierung der Gesundheit der Bevölkerung voraus. Der medizinische Fortschritt wird in absehbarer Zeit die häufigen chronischen Krankheiten nicht beseitigen können, sondern vielmehr zu einer lebenserhaltenden und lebensqualitätsverbessernden Dauerbehandlung beitragen. Der Ausschöpfung der präventiven Potentiale kommt deshalb eine zukunftsentscheidende Bedeutung zu.

Bei den Kosten ist ab einem Alter von 65 Jahren nicht das kalendarische Alter entscheidend, sondern die Nähe zum Todeszeitpunkt. So fallen die höchsten Kosten immer im letzten Lebensjahr an, unabhängig vom Alter. Eine steigende Lebenserwartung führt damit zu einer Verschiebung der Kosten in höhere Altersklassen ohne eine Veränderung der Pro-Kopf-Ausgaben [Schwartz et al., 2003, S.174].

Abbildung 73: Folgen der demographischen Alterung für das Gesundheitssystem

Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004 (eigene Berechnungen auf Basis Mikrozensus Dezember 1999, Bevölkerungsvorausschätzung der Statistik Austria mittlere Variante)



Unter gleichen Bedingungen wird sich dabei bis zum Jahr 2030 die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sehr unterschiedlich entwickeln, eine vorausschauende Planung der Gesundheitsversorgung sollte diese Unterschiede berücksichtigen.

9.2 Einnahmenseitige Maßnahmen

Vor dem Eingang des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger steht ein Satz, der vom ersten Hauptverbandspräsidenten Johann Böhm 1948 formuliert wurde und der nichts an Gültigkeit und Aktualität verloren hat: *Soziale Sicherheit ist die verlässlichste Grundlage der Demokratie* – und – so möchte ich hinzufügen: Soziale Sicherheit ist auch die verlässlichste Grundlage der Gesundheit der Bevölkerung.

Am Übergang vom 19. auf das 20. Jahrhundert wurden Sozialversicherungen institutionalisiert. Dabei ging es nicht einfach um Hilfe, es ging auch um einen Ausgleich ungleicher Voraussetzungen, also um Umverteilung: von Gesunden zu Kranken, von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen, von Alleinstehenden zu Familien, von Erwerbstätigen zu Kindern und Rentnern. In den letzten Jahrzehnten, hat sich dieses Fürsorgeinstrument zu einem dynamischen Industriezweig gewandelt und wir müssen sehr genau darauf achten, dass eine Liberalisierung des Marktes, der das Wachstum der Branche sichern soll, nicht durch eine Erosion der solidarischen Finanzierung sichergestellt wird.

Das Problem der Finanzierung besteht hauptsächlich darin, dass die Einnahmen an die Löhne gekoppelt sind und stagnieren oder sogar zurückgehen. So ist jener Teil des BIP, den Löhne und Gehälter ausmachen (die sogenannte Lohnquote) seit Anfang der 80er Jahre von 79,0 auf 66,0 Prozent im Jahr 2003 gesunken, obwohl sich der Prozentsatz der Erwerbstätigen seit den 50er Jahren nicht verändert hat. Prozentuell stehen also nach wie vor gleich viel Menschen im Berufsleben – sie verdienen aber, gemessen am Wirtschaftswachstum, immer weniger. Bei steigenden Ausgaben bricht der Krankenversicherung also die Finanzierungsbasis weg und ihr Defizit explodiert [Rümmele, 2005, S.46].

Um das Faktum der sinkenden Lohn- und Gehaltsquote zu kompensieren erscheinen unterschiedliche Maßnahmen sinnvoll [Schmadlbauer, 2005, S.103]

- die Umbasierung des Dienstgeberbeitrages auf eine Wertschöpfungsabgabe (Einbeziehung von z.B. Mieten und Pachten, Gewinnen, Fremdkapitalzinsen und Abschreibungen). Dies könnte ein Beitrag dazu sein, die Einnahmen für das

Gesundheitswesen langfristig enger an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung zu koppeln als bisher

- Die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung ist aus sozial- und verteilungspolitischer Sicht zu hinterfragen, bewirkt sie doch zusammen mit dem nicht-progressiven Beitragssatz, dass höhere Einkommen nur unterproportional in das Gesundheitswesen einzahlen
- Diskussion über den Beitrags-Satz, vergleichsweise minimale Anhebungen führen hier zu erheblichen Einnahmensteigerungen für die Krankenversicherung
- Einbeziehung aller Berufs-Gruppen in das Solidarsystem

Eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage würde mehr Solidarität bringen. Eine Studie der Wirtschaftsuniversität vom Herbst 2004 hat die Folgen eines solchen Schrittes berechnet [Rümmele, 2005, S.186]:

- Mehreinnahmen von jährlich 570 Millionen Euro (auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2003) bei Aufhebung bei Beamtinnen, Angestellten, Arbeiterinnen und Pensionistinnen; im Gegenzug würde die Lohnsteuer um 156 Millionen Euro sinken
- Mehreinnahmen von 428 Millionen Euro bei Aufhebung bei den Selbstständigen, ein Sinken der Lohnsteuer um 212 Millionen Euro

Der Nettogewinn läge also bei 630 Millionen Euro. Verteilungspolitisch wären 6 Prozent der unselbständig Erwerbstätigen, 15 Prozent der Beamtinnen, 12 Prozent der Angestellten, 2 Prozent der Pensionistinnen, knapp 1 Prozent der Arbeiterinnen und rund 17 Prozent der Selbständigen betroffen.

9.3 Ausgabenseitige Maßnahmen

Mit rund 20 Prozent ist der Sozial- und Gesundheitsbereich der größte Brocken in den Budgets von Bund, Ländern und Gemeinden, Tendenz stark steigend, in Österreich genauso wie in anderen Industriestaaten.

9.3.1 Demand Management

Die Heilkultur in Deutschland und Österreich setzt Behandlungsbedürftigkeit in der Regel mit Arzneimittelbedürftigkeit gleich. Das Arzneimittelmodell bestätigt für Ärztinnen und Patientinnen das Maschinenmodell und hilft beiden, die Mühsal einer individuellen

Veränderung der Lebensweise zu verdrängen. Das Rezept bestätigt das subjektive Krankheitsempfinden und legitimiert das Krankheitsgefühl. Gleichzeitig besteht vermeintlich Hoffnung auf Heilung ohne schmerzliche Einsichten oder persönliche Umstellungen. Psychosoziale und psychosomatische Beschwerden werden so aus ihrem ursächlichen Zusammenhang gelöst und sind scheinbar doch mit einer einfachen Pille lösbar.

Demand Management bietet den Patientinnen Beratung an, die unabhängig vom Versorgungssystem organisiert ist und evidenzbasierte Informationen als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stellt:

- Ob überhaupt ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden soll
- Welche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen indiziert sind

9.3.2 Case Management

Case Management ist eine Betreuungsmethode im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. Sie soll bei komplexen Fragestellungen und hohem Koordinationsbedarf im Einzelfall Qualität und Effizienz der Betreuung in Abstimmung mit den Bedürfnissen der betreuten Menschen optimieren.

Case Management wird von Personen mit unterschiedlichen Berufen ausgeübt. Das Case-Management ist nicht als Gegensatz sondern als Erweiterung zu verstehen. Der Fokus liegt weniger auf der Krankheit, sondern viel mehr auf der einzelnen Patientin.

9.3.3 Disease Management

Diese Programme koordinieren Behandlung und Betreuung meist chronischer Gesundheitsstörungen über professionelle, organisatorische und sektorspezifische Grenzen hinweg. Sie beziehen sich in der Behandlung einzelner Krankheitsbilder (z.B. Diabetes, Asthma oder Herz-Kreislaufkrankungen) nicht nur auf einzelne Krankheitsepisoden bzw. Interventionen, sondern richten sich auf ganze Lebensphasen und umfassen auch Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.

Disease Management Programme können die Versorgungsqualität verbessern und die Kostenentwicklung langfristig positiv beeinflussen [Sachverständigenrat, 2003].

9.3.4 Hausärztinnenmodell

Die Versicherten wählen eine Ärztin als „ihre“ Hausärztin und verpflichten sich im Bedarfsfall diese aufzusuchen. Die Hausärztinnen übernehmen die Steuerung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die zentralen Aufgaben sind die primäre Abklärung und Behandlung, das Case-Management (Koordination aller beteiligten Personen und Organisationen) und die Zugangssteuerung zu fachärztlicher Betreuung und zum Krankenhaus.

In der Schweiz sind solche Modelle seit 10 Jahren etabliert, etwa 10 Prozent der Versicherten nimmt sie in Anspruch. In Dänemark und Finnland kommen solche Modelle flächendeckend zur Anwendung. Ob diese Modelle einen effizienteren Ressourcenumgang sicherstellen wird in der Literatur widersprüchlich beurteilt.

Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere:

- Die allgemeine und fortgesetzte Betreuung einer Patientin in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis ihres häuslichen und familiären Umfeldes
- Die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen
- Die Dokumentation, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung
- Die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen

Starke Subjektivität und Individualität prägen die hausärztliche Tätigkeit. Die Patientin und ihr unmittelbares Lebensumfeld nehmen damit wesentlichen Einfluss auf die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen. Für die hausärztliche Versorgung ist international auch der Begriff Familienmedizin gebräuchlich, der besonders auf die komplexen familiären, sozialen und lebensweltlichen Bezüge der ärztlichen Primärversorgung bezogen ist.

Es wird vom Wissen (Aus- und Weiterbildung) und vom Verhalten der Hausärztin abhängen (paternalistisch oder kooperativ), ob eine hausarztzentrierte Versorgung eine Besserung der Behandlungsqualität zur Folge hat. Vor einer Systemumstellung sollten Studien klären, ob die durchschnittliche hausärztliche Versorgung diesen Qualitätssprung

erreichen kann, zumindest theoretisch wären die Voraussetzungen gegeben, denn im hausärztlichen Bereich sollten folgende Faktoren in die Entscheidungsfindung einfließen:

- Alle Aspekte des Krankseins in ihrer medizinischen, psychischen und sozialen Dimension
- Die Beachtung der Lebensbedingungen der Patientin
- Die Beachtung ihrer Vorstellung zu Krankheit und Gesundheit (subjektive Krankheitstheorien) und die Berücksichtigung ihrer Wünsche

9.3.5 Empowerment: die Patientin als Koproduzentin von Gesundheit

Die Patientin übernimmt in diesem Rollenmodell als „beteiligte Expertin“ durch ihre Mitwirkung am Prozess der medizinischen Dienstleistung selbst aktiv Leistungen, und trägt durch ihre Mitarbeit wesentlich zur Prozess- und Ergebnisqualität bei. Neue Konzepte betonen die Gleichberechtigung zwischen den Professionellen und den Nutzerinnen des Gesundheitswesens und fordern, die Patientinnen aktiv in alle Entscheidungen einzubinden.

Zu bedenken ist dabei, dass eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung (shared decision making) erst möglich ist, wenn Patientinnen in objektiver und verständlicher Form über Folgen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aufgeklärt werden. Beteiligung an der Behandlung sichert die Compliance und kann den Behandlungserfolg steigern. Wenn es gelingt, die „gelernte Kompetenz“ der Ärztinnen mit der „gelebten Kompetenz“ der Betroffenen zu verbinden, kann dies nicht nur die Lebensqualität, die Würde und das Wohlbefinden der Nutzerinnen, sondern vermutlich auch die Arbeitszufriedenheit der Behandlerinnen positiv beeinflussen.

Ziel ist die mündige Patientin als Koproduzentin ihrer Gesundheit. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sich Patientinnen oft nicht kompetent genug für diese Rolle fühlen. Darüber hinaus dürfte die neue Rolle als Mit-Entscheiderin oft auch auf professionelle Widerstände treffen.

9.4 Effektivität und Effizienzsteigerung

Der medizinische Fortschritt kommt bevorzugt als technologische Innovation daher, und wie selbstverständlich glauben Ärztinnen, Medien und in der Folge auch Patientinnen,

dass die beste Technik auch die meiste Gesundheit produziert. Noch nie war medizinische Versorgung so teuer wie heute – und dabei so ineffektiv. Es besteht ein eklatantes Missverhältnis zwischen Kosten und Nutzen [Berbuer, 1990].

Medizin kann selbst auch zum Risikofaktor werden und nicht nur Gesundheit produzieren, sondern in einem beträchtlichen Ausmaß deren Gegenteil: Gesundheitsschäden, die nicht Krankheitsfolge sind, sondern das Resultat überflüssiger und nutzloser ärztlicher Behandlungen [Heyll, 1993]. Oft führen mehr diagnostizierte Parameter auch zu mehr falschen Befunden und einer Flut an teuren und belastenden Folgen für die Betroffenen.

Die Pharmaindustrie definiert Gesundheit gegenwärtig neu, sodass Gesundheit ein Zustand ist, den keiner mehr erreichen kann. Viele Prozesse des Lebens – Geburt, Alter, Sexualität, Nicht-Glücklichsein und Tod – werden systematisch als Krankheit dargestellt [Blech, 2003]. Global operierende Konzerne sponsern die Erfindung ganzer Krankheiten und Behandlungsmethoden und schaffen so ihren Produkten neue Märkte. Indem man zappelnde Kinder medikamentös ruhig stellt, Cholesterin zum Risikofaktor Nummer eins erklärt oder fragwürdige Vorsorgeuntersuchungen propagiert kann man viel Geld verdienen.

Am Beispiel der Formulierung „neuer Krankheitsbilder“ und der Definition von Grenzwerten sollen diese „neuen Erkenntnisse und Innovationen“ beispielhaft erläutert.

9.4.1 Neue Krankheitsbilder hinterfragen

Der deutsche Wissenschaftsjournalist Jörg Blech beschreibt 2003 in seinem Buch „Die Krankheitserfinder – Wie wir zu Patienten gemacht werden“ ausführlich, wie pharmazeutische Firmen und medizinische Interessensvertretungen Leiden erfinden: *da münzen Firmen und Verbände normale Prozesse des Daseins um in medizinische Probleme, sie medikalisieren das Leben.* Viele normale Prozesse des Lebens – Geburt, Alter, Sexualität, Nicht-Glücklichsein und Tod – werden systematisch als krankhaft dargestellt. Global operierende Konzerne sponsern die Erfindung ganzer Krankheiten und Behandlungsmethoden und schaffen so ihren Produkten neue Märkte. Für jede Krankheit gibt es eine Pille – und immer häufiger für jede neue Pille auch eine neue Krankheit. Ob soziale Phobie, Jetlag, Internetsucht, erhöhter Cholesterinspiegel, larvierte Depression, Übergewicht, Menopause, Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom oder erektile Dysfunktion – medizinische Fachgesellschaften, Patientinnenverbände und Pharmfirmen machen in

nicht enden wollenden Medienkampagnen die Öffentlichkeit auf Störungen aufmerksam, die angeblich gravierend sind und viel zu selten behandelt werden [Blech, 2003].

Nach dem Motto: „ein Gesunder ist ein Mensch, der nicht oder noch nicht gründlich genug untersucht wurde“ begibt man sich auf die Jagd nach angeblichen Risikofaktoren.

9.4.2 Definition von Grenzwerten kritisch bewerten

Gerade beim Cholesterin, dem angeblichen „Risikofaktor Nummer eins“ für Herzerkrankungen wurden in den vergangenen Jahren in Deutschland die Grenzwerte so definiert, dass Menschen mit „normalem“ Werten in der Minderheit sind, jene mit pathologischen Werten dagegen die Mehrheit darstellen. Die nationale Cholesterin-Initiative in Deutschland (privater Interessensverbund von 13 Medizinprofessoren) hat einen Grenzwert von 200 Milligramm pro Deziliter Blut durchgesetzt – was darüber liegt wird zum Behandlungsfall erklärt, eine umfassende Studie in Bayern an 100.000 Menschen hat einen Durchschnittswert von 260 Milligramm ergeben. Dies bedeutet, dass 68% der 30-39 jährigen Männer und 56% der Frauen dieser Altersgruppe eine überhöhten Cholesterinwert aufweisen. Bei den 50-59 jährigen sind gar 84% der Männer und 93% der Frauen Behandlungsfälle [Huber/Langbein, 2004, S. 81].

Unbestritten ist ein Zusammenhang von Herzerkrankungen mit einem familiär bedingten, extrem überhöhtem Cholesterinspiegel, doch viele Forscher stellen inzwischen die wesentliche Rolle des Cholesterin bei den übrigen Patientinnen bei der Entstehung von Herzinfarkt in Frage.

Bei alten Menschen häufen sich inzwischen die Studienergebnisse, die zu gegenteiligen Schlussfolgerungen führen: Für Menschen über 70 sind erhöhte Cholesterinwerte (zwischen 200 und 400 mg/dl) offenbar kein Grund zur Besorgnis. Ältere Menschen können mit höherem Gesamtcholesterin nicht nur ganz gut leben, sie haben sogar ein niedrigeres Sterberisiko als jene mit „idealen“ Blutfettwerten [Schatz et al., 2001].

Die Datenauswertung war für die Epidemiologen mehr als überraschend: Es zeigte sich nämlich, dass Männer mit den höchsten Werten zum Zeitpunkt der vierten Kontrolluntersuchung innerhalb der nächsten vier Jahre ein um 35% niedrigeres Sterberisiko hatten als ihre Alterskollegen aus der Niedrig-Cholesterin-Gruppe. Und je früher die Patienten niedrige Cholesterin-Konzentrationen im Blut hatten, umso größer

war ihr Sterberisiko. Tatsächlich waren am meisten Männer in jener Gruppe verstorben, die bereits zwanzig Jahre davor sehr niedrige Blutfettwerte hatten.

Zwei Studien aus dem Jahr 2003 (eine aus Italien und eine aus den USA mit zusammen mehr als 8000 Teilnehmerinnen) kratzen an der Vorstellung des „schädlichen Cholesterin“. In der US-Studie lag das Durchschnittsalter Teilnehmerinnen bei 76 Jahren. Wenn der Cholesterinspiegel unter 200 lag war die Prognose gleich wie in der Gruppe mit Werten über 240 mg/dl [Brescianini, 2003]. In der italienischen Gruppe (Teilnehmerinnen im Alter von 65 bis 84 Jahren) zeigte sich bei den drei Hoch-Cholesteringruppen ebenfalls kein Unterschied in der Sterblichkeit. Die Gruppe unter 190 mg/dl hatte hingegen im Vergleich zu den anderen Gruppen ein nahezu doppelt so hohes Sterberisiko [Brescianini et al, 2003].

9.4.3 Zielorientierung

Die Kernfrage für ein solidarisches und bezahlbares Gesundheitssystem ist, ob das Geld überhaupt richtig eingesetzt wird. Dafür muss vorerst die Frage geklärt werden, welche Ziele ein solches System haben soll:

- Was soll das System eigentlich leisten?
- Wie sind die Ziele möglichst effizient zu erreichen?
- Wird das bestehende System diesen Anforderungen gerecht?
- Wo muss gegengesteuert werden?

Zielloses Handeln ist in der Regel unverantwortliches Handeln. Bisher definiert niemand, was das System eigentlich soll. Um die Ziele zu definieren, muss man zuerst Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung erheben, über die aktuellen Gefährdungspotentiale und über die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen (z.B. Sterblichkeitsraten, Krankheitstage, Häufigkeit bestimmter Erkrankungen).

Aber die spärlichen vorhandenen Daten werden im gesundheitspolitischen Alltag so gut wie nie diskutiert. Neben der Zielfindung erfordert die Zielorientierung:

- Klare Ziele für das Gesundheitssystem formulieren, Maßnahmen festlegen und Messlatten definieren
- Die entsprechenden Mittel zur Zielerreichung sicherstellen
- Eine systematische Zielüberprüfung (Evaluierung)
- Entsprechenden Konsequenzen bei Zielerreichung bzw. Zielverfehlung

9.4.4 Qualitätssicherung

Donabedian, der bereits 1966 Versorgungsqualität als „das Ausmaß, mit dem die erbrachte Qualität in Übereinstimmung mit vorgegebenen Kriterien für gute Qualität ist“ beschrieben hat, unterscheidet:

Strukturqualität:

Rahmenbedingungen, in denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden (personell, finanziell, sachliche Ausstattung, Lage, Infrastruktur,...)

Prozessqualität:

bezieht sich auf die Aktivitäten zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungsempfängerinnen sowie zwischen den Leistungserbringerinnen (Entlassungsmanagement, Betreuungsplanung,...)

Ergebnisqualität:

bezieht sich auf den Outcome der vereinbarten Ziele (Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität, Patientinnenzufriedenheit,...)

Rund eine Million Menschen kommen in den Krankenhäusern der USA jährlich durch ärztliches Tun zu schaden – oder anders gesagt: Vier von Hundert Patientinnen verlassen die Klinik mit einem Leiden, das sie vorher nicht hatten. Fast jede zehnte dieser Patientinnen stirbt an den Folgen der Behandlungsfehler. Macht 98 000 Todesfälle als Folge von Diagnose- und Therapiefehlern – Jahr für Jahr.

Diese drastischen Zahlen lieferte die bislang umfassendste Studie über die Folgen ärztlicher Fehler, die von der amerikanischen Harvard University durchgeführt wurde. Behandlungsfehler sind ein großes Problem im derzeitigen Medizinbetrieb, und es gibt keinen Grund, dass die Lage in Deutschland oder Österreich besser sein sollte als in den USA. Auf Deutschland umgerechnet bedeuten diese US-Zahlen, dass mit rund 300 000 Schadensfällen und etwas 30 000 Todesfällen jährlich gerechnet werden muss – dreimal mehr als im Jahr an Verkehrsopfern zu beklagen sind [Huber/Langbein, 2004, S. 90].

Nur ein System, das Fehler systematisch erfasst und analysiert, kann seine Fehlerquoten reduzieren, die systematische Dokumentation ist die Voraussetzung für einen höheren Qualitätsstandard.

Noch gravierender dürften die Folgen der Vielfachmedikation bei alten Menschen sein: So wird in Deutschland nach Erhebungen des klinischen Pharmakologen Martin Wehling im Schnitt jeder über Sechzigjährige mit drei Arzneimitteln versorgt. Wir wissen aber viel

zu wenig über die Arzneimitteltherapie bei alten Menschen. Die klinischen Studien werden überwiegend in der Altersgruppe von 45 bis 60 Jahren durchgeführt, die jeweils an einer einzelnen Krankheit leiden. Die Arzneimittel dagegen werden überwiegend älteren Menschen verabreicht, über deren Stoffwechsel die Medizin bis heute relativ wenig weiß und die im Regelfall an mehreren Erkrankungen leiden. Und da zu jeder Diagnose mindestens eine Pille passt, ist die Polypragmasie (Vielfachkonsum von Medikamenten) im Alter der Regelfall.

Ein Team Berliner Wissenschaftler ermittelte in der bisher einzigen umfassenden Altersstudie, dass 96 Prozent der über Siebzigjährigen ständig Arzneimittel verordnet bekommen, im Schnitt sechs Medikament pro Tag. Die Übermedikalisierung der alten Menschen ist nicht nur teuer, sie hat auch verheerende Folgen: Norwegische Wissenschaftler haben herausgefunden, dass nahezu jeder fünfte Tod im Krankenhaus die Folge unerwünschter Wirkungen von Arzneimitteln ist. Besonders gefährdet sind Menschen, die an mehreren Krankheiten leiden oder verschiedene Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen. In der Hälfte aller untersuchten Fälle waren nicht sinnvolle Arzneimittel verordnet worden, oder Arzneimittel wurden falsch dosiert.

Qualitätsanforderungen in der medizinischen Versorgung sollten durch ein „Österreichisches Zentrum für Qualität in der Medizin“ definiert werden. Standards müssen entwickelt und flächendeckend implementiert werden. Qualitätsindizes sollen für eine verbesserte Transparenz ärztlichen Tuns sorgen.

In Deutschland hat 2005 das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen seine Arbeit aufgenommen. Es soll den aktuellen medizinischen Wissensstand recherchieren, darstellen und bewerten und evidenzbasierte Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten aufstellen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie den Nutzen von Arzneimitteln analysieren. Zudem sollen Leistungen und Behandlungserfolge aller Krankenhäuser untersucht werden. Falsche Angaben und fehlende Qualität können sanktioniert werden.

In Großbritannien wurde 1999 das National Institute for Clinical Excellence (NICE) eingerichtet um klinisch hervorragende Leistungen und den wirkungsvollen Gebrauch von Ressourcen innerhalb des nationalen Gesundheitssystems zu fördern. Kernpunkte sind der sinnvolle Einsatz von Medikamenten und Behandlungsmethoden (Einschätzung der Technologiefolgen), die Erstellung klinischer Richtlinien für die richtige Behandlung und Betreuung von Patientinnen mit spezifischen Krankheiten sowie die Prüfung, ob

Interventionen, die für Diagnose oder Behandlung verwendet werden, sicher und gut genug für den Routinegebrauch sind. Österreich sollte diesen Beispielen folgen!

9.4.5 Tansparenz

Die Pharmaindustrie drückt dem Medizinsystem seit einem Jahrhundert einen prägenden Stempel auf. Der moderne Pharmamanager muss sich von Quartalsbericht zu Quartalsbericht verbessern, die Aktionärinnen wollen Gewinne sehen, das geht nur mit „Blockbuster“ genannten Medikamenten, die riesige Bevölkerungsgruppen erreichen müssen (in reichen Ländern, damit sie auch gekauft werden können).

Neben der intransparenten direkten Einflussnahme auf Politik und wirtschaftliche Rahmenbedingungen gehört die Steuerung der öffentlichen Meinung in der Informationsgesellschaft zu den zentralen Werkzeugen der großen Lobbies [Huber/Langbein, 2004. S.65ff]. Zusätzlich kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer massiven Einflussnahme auf Denken und Handeln der Ärztinnen, gesteuert durch die Finanzierung von „Fortbildungsveranstaltungen“ und „unabhängigen Studien“ sowie „kleinen Aufmerksamkeiten“ und Naturalrabatten für Apothekerinnen und Hausapothekerinnen (die sich nach Verordnung natürlich wieder zu Einnahmen verwandeln).

Marketing ist das eigentliche Kerngeschäft der Pharmabranche, gut ein Drittel aller Erlöse werden dafür eingesetzt. Nahezu jede Medizinerin wird vom Studium bis zum Ruhestand heftig umworben. Ein Autor der Zeitschrift der Amerikanischen Ärztevereinigung hat berechnet, dass für eine einzige Ärztin pro Jahr durchschnittlich 10 000 Euro aufgewendet werden, um ihr Verschreibungsverhalten zu beeinflussen. Auch wenn Ärztinnen den Eindruck haben, dass solche Verlockungen auf ihre streng wissenschaftliche Therapieplanung nicht den geringsten Einfluss haben, kommen Studien zu dem Ergebnis, dass solche Geschenke Wirkung zeigen.

Die Top-Wissenschaftlerinnen aller Staaten in den Gebieten Biotechnologie, Pharmakologie und Medizin stehen fast ausnahmslos auf der Lohnliste der Pharmariesen. Ohne deren Forschungsgelder und Einfluss geht fast nichts mehr in der Medizinforschung. Die Größe des Problems wurde deutlich durch ein im September 2001 gemeinsam veröffentlichtes Editorial der Herausgeber von zwölf der weltweit angesehensten Medizinjournalen. Darin wird in eindringlichen Worten ein Trend beschrieben, der die unabhängige Forschung an den Rand des Abgrundes bringt.

Immer häufiger seien Leiterinnen von Studien nur noch bezahlte Alibis, die sich einkaufen lassen, um einer von den Herstellern durchgeführten Untersuchung den Anschein wissenschaftlicher Seriosität und Unabhängigkeit zu verleihen. Sie selbst haben dabei keinerlei Einfluss auf das Design der Studie, keinen Zugang zu den Rohdaten und nur geringe Möglichkeiten, die Ergebnisse selbst zu interpretieren. Trotzdem führen die Wissenschaftlerinnen die Studien durch, weil sie wissen, dass der Sponsor der Studie ganz einfach jemand findet, der dazu bereit ist.

Wegen der unverzichtbaren Werbeeinnahmen sind die Medien der Medizinerinnen fest in der Hand der Industrie. Die meisten Studien durchlaufen ein wohldurchdachtes System der Nachrichtenaufbereitung. Auch das direkte Werbeverbot für verschreibungspflichtige Medikamente bietet den Konsumentinnen nur bedingt Schutz, die Industrie hat zahlreiche Wege gefunden seine Inhalte getarnt an die Verbraucherinnen zu transportieren. Auf Gesundheitsseiten und in Gesundheitsjournalen wird so empfohlen, was angeblich gut aber zumindest teuer ist, denn die Journalistinnen werden inzwischen ebenso akribisch betreut wie die Ärztinnen. Auch ihre Kongressreisen werden von den Herstellern finanziert, zudem sind ihre Arbeitgeberinnen abhängig von den Inserentinnen.

Noch undurchsichtiger – und gewichtiger – ist die inzwischen auch in öffentlich-rechtlichen TV-Anstalten gängige Praxis, Sendungen mit gesundheitsbezogenem Inhalt von verdeckten Sponsoren finanzieren zu lassen. Dass es dann landauf landab ständig um „neue Arzneitherapie bei...“ geht, wenn über Gesundheit und Krankheit die Rede sein sollte, kann nur den verwundern, der diese intransparenten Praktiken nicht kennt [Huber/Langbein, 2004. S.72].

9.4.6 Gesundheitsförderung

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht.

Dieses Leitmotiv der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung beschreibt auch das neue Leitbild des modernen

Gesundheitsmanagements, das benötigt wird, um aus dem Krankheits- ein Gesundheitswesen zu gestalten. Die internationalen Gesellschaften sehen inzwischen Gesundheit immer mehr als Ressource und Produktivfaktor für die gesellschaftliche Entwicklung und nicht mehr nur als Kostenfaktor oder Produkt medizinischer Dienstleistung [Huber/Langbein, 2004, S.161ff].

„Nachhaltige Gesundheit“, das Leitbild der Weltgesundheitsorganisation und „nachhaltige Entwicklung“, das Leitbild der Umweltkonferenz von Rio, verknüpfen eine globale Wertorientierung mit lokalem Handeln [Trojan/Legewie, 2001]. Beide Leitbilder setzen auf kommunale und regionale Aktionen und konzipieren eine neue Politik der Beteiligung. Unabdingbar ist: Gesundheitsförderung muss die unterschiedlichen Akteurinnen des Gesundheitssystems aufeinander abstimmen, miteinander vernetzen und zu einem gemeinsamen Handeln motivieren. Ein entsprechendes Versorgungsmanagement verbindet vorbeugende, behandelnde und rehabilitative Medizin mit sozialpflegerischen, psychosozialen und kulturellen Diensten. Der in WHO-Programmen erfolgreich erprobte „Setting-Ansatz“ für Städte, Dörfer, Schulen, Betrieben oder Unternehmen stellt Instrumente und Methoden bereit, mit denen Gesundheitsförderung praktisch umgesetzt werden kann.

Für die Gesundheitsförderung ist Gesundheit viel mehr als das Freisein von Beschwerden und Krankheit. Gesundheit ist auch „Kapital bzw. Ressource“ der einzelnen Personen, als Befähigung zur Bewältigung von Alltagsverpflichtungen und als Befähigung zu sozialem Austausch. Gesundheit als erfahrenes Gleichgewicht, als Wohlbefinden, Gefühl der „Fitness“ und der Lebensfreude.

Gesundheitsrelevantes Verhalten wird daher als Teil eines spezifischen Lebensstils betrachtet, der soziokulturell geformt ist und den sich Individuen über Lernen, Gewohnheitsbildung und Prozesse sozialen Vergleiches aneignen. In der Vergangenheit lag in der Forschung der Akzent meist auf dem Studium gesundheitsschädigender Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Fehlernährung, Aggressivität und Risikoverhalten. Gesundheitsförderndes Verhalten wurde lediglich als Vermeiden dieser Risiken definiert.

In jüngster Zeit werden Ansätze einer positiven Definition gesundheitsrelevanten Verhaltens als Bestandteile eines übergreifenden Lebensstils entwickelt. Dabei bezeichnet ein „Protektivfaktor“ nicht einfach das Gegenstück zu einem Risikofaktor (z.B. Nichtraucher versus Raucher), sondern man versteht darunter jenes Merkmal, das den

Effekt eines Risikofaktors abzuschwächen oder ganz zu verhindern vermag. Ein Protektivfaktoren moderieren den Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Krankheit, sie werden auch als „Ressourcen“ bezeichnet.

„Salutogenese“ bezeichnet die Gesamtheit biologischer, psychischer und sozialer Ressourcen, die Gesundheit zu fördern (und nicht nur Risiken zu verhindern) vermögen. Nach Aaron Antonovsky lassen sich salutogenen Wirkungen besonders gut auf der psychosozialen Ebene beschreiben, und zwar in Form des ausgeprägten „Kohärenzsinnnes“: Menschen, die Ereignissen ihrer Umwelt mit einem hohen Grad an Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit begegnen, weisen ein besonderes Gesundheitspotential auf [Schwartz et al., 2003, S.141].

Diese Sichtweise sucht nicht nach den Entstehungsbedingungen von Krankheit, sondern stellt die Frage nach den Entstehungs- und Unterstützungsbedingungen von Gesundheit, es werden Defizitmodelle gegen Unterstützungsmodelle ausgetauscht. Antonovsky blickt auf das Individuum und fragt: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, sozio-kulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer.

9.4.7 Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung soll weit über eine aufzählende Medizinalstatistik hinausgehen und eine beschreibende Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und seiner Determinanten liefern. Sie bietet interpretierte Daten zu Krankheiten und Risikofaktoren sowie zum Versorgungsgeschehen und sollte geeignet sein, Handlungsbedarf aufzuzeigen und problembezogen angemessene Entscheidungen zu ermöglichen. Wichtig sind Kontinuität und gesicherte Daten.

Gesundheitsberichte haben zum Ziel bei Gesundheitspolitikerinnen und in der Bevölkerung das Wissen über und das Verständnis für die größeren Gesundheitsprobleme zu fördern. Sie wollen einen Überblick über die wesentlichen Aspekte der Gesundheitssituation der Bevölkerung und der Gesundheitsdeterminanten liefern. Die Österreicherinnen haben noch nie zuvor so lange gelebt (und die Lebenserwartung steigt weiter), dennoch besteht ein hohes Maß an vermeidbarer Morbidität und Mortalität vor dem 65. Lebensjahr. Die Ursachen sind vielfältig (z.B. Unfälle und Verletzungen, Selbstmord und psychische Störungen, Krebserkrankungen, Kreislauferkrankungen) und viele dieser gesundheitlichen Probleme würden bei

wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung und entsprechenden therapeutischen Maßnahmen entweder erst in einem höheren Alter einsetzen oder aufgrund einer größeren Überlebensrate erst in höherem Alter zum Tod führen.

Gesundheitsberichte erfassen Probleme und Herausforderungen in Bezug auf die Gesundheitssituation. Dabei wird die Notwendigkeit einer breit angelegten Gesundheitspolitik deutlich, die über die Grenzen der traditionellen Gesundheitspolitik weit hinausgeht. Ziel ist die ermittelten Gesundheitsprobleme zu mindern und die beobachteten Gesundheitsunterschiede zu verringern. Das Augenmerk ist dabei auch auf die Instrumente zu richten, die den unterschiedlichen Institutionen zur Verfügung stehen, um Initiativen zur Verbesserung der Gesundheitssituation zu planen und umzusetzen (Gesetze, Politik, Standards, Finanzmittel, Programme, Regelungen, Berichte, Kommunikation, fiskalpolitische Maßnahmen und öffentliche Meinung).

9.5 Fazit

Es gibt, wenn man die Patientinnen fragt und ihre Wünsche respektiert, aber auch wenn man die tatsächlichen Ergebnisse studiert, zuviel sinnlose Medizin:

- Diagnostik ohne therapeutischen Nutzen
- Falsche Interventionspraktiken
- Aktionismus und Absicherungsmedizin
- Scheinleistungen und Blindleistungen
- Versorgungsprozesse ohne Wert und Angebote ohne Bedarf

Die Herausforderung lautet also:

Lasst uns ein Gesundheitssystem konzipieren, das optimale gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger bei möglichst geringem gesellschaftlichem Ressourceneinsatz liefert. Dazu müssen wir Wertschöpfungsprozesse im Gesundheitswesen überprüfen, den Nutzen der Medizin reflektieren und einen radikalen Wandel einleiten. Die Kultur des Helfens und Heilens sollte künftig die Strukturen der Institutionen und Professionen bestimmen. Wir müssen auch die Leistungen im Gesundheitswesen redlich definieren und die Werte medizinischer Maßnahmen selbstkritisch bedenken. Es geht nicht um eine kleine Reform, es geht um eine radikale Neuorientierung des gesamten Systems [Huber/Langbein, 2004, S.168].

Finanzierung aus einer Hand kann durch die Nachfragemacht des gebündelten Versorgungsbeauftragten und Finanziers Defizite im Gesundheitswesen reduzieren.

Köck/Patera (S. 18ff) schlagen folgende Verbesserungen vor:

- *Einforderung von relevanten Daten von den Leistungserbringern (Steuerungsinformation)*
- *Qualitätserhebungen und Verfügbarmachen der Information für die Patientinnen*
- *Ausarbeitung und Durchsetzung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien*
- *Zertifizierung der Leistungserbringer*
- *Verbindliche regelmäßige Weiterbildung der Leistungserbringer*
- *Finanzierung von Evaluierungs- und begleitender Gesundheitssystemforschung*

Damit besteht die Möglichkeit, jene diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu reduzieren, die sich als wenig oder gar nicht wirksam erwiesen haben und die freiwerdenden Mittel in sinnvollere Bereiche der Gesundheitsversorgung umzuschichten.

Österreich sollte sich dem Beispiel anderer entwickelter Industrieländer anschließen und den verpflichtenden Nachweis erbrachter Fortbildungen für die Verlängerung der Praxisberechtigung einführen. Die vehemente Opposition insbesondere der organisierten Ärztinnenschaft gegen ein derartiges Modell ergibt sich einerseits aus der realen Möglichkeit als Leistungsanbieterin ausgeschlossen zu werden und andererseits aus der unterstellten Beschneidung der klinischen Behandlungen – Freiheit. „Evidence based medicine“ und „best practice guidelines“ sind aber Instrumente um medizinisches Handeln auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu gewährleisten. Zeitverträge zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Krankenkassen sollen bei Nachweis einer schlechten Ergebnisqualität zum Schutz der Patientinnen die Möglichkeit geben schlechte Leistungsqualität zu sanktionieren.

Gesundheitspolitische Steuerung kann nur dann wirksam erfolgen, wenn Preise mit der erbrachten Qualität ins Verhältnis gesetzt werden können. Ohne effektive Qualitätssicherung muss dieser wesentliche Schritt unterbleiben. Qualitätsindikatorensysteme sollten gemeinsam mit den Leistungserbringern entwickelt werden und ein Österreich weit verbindliches System der Ergebnisqualitätsmessung implementiert werden.

Medizinische Leitlinien, EBM und HTA sollen in den medizinischen Entscheidungsprozess integriert werden, wesentliche Abweichungen müssten in jedem Fall einzeln begründet werden. Die „elektronische Krankengeschichte“ soll die Patientinnen (selbstverständlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen) von einem Leistungsträger

zum nächsten begleiten und so Doppelgleisigkeiten und Doppeluntersuchungen (die ja oft auch zu einer Belastung der Patientinnen führen) verhindern. Die Einführung der „e-card“ bietet für eine Integration der Versorgungskette günstige Voraussetzungen.

Die Menschen im Gesundheitswesen, die Krankenhäuser, die Praxen der Ärztinnen und die sozialen Dienste müssen tatsächlich lernen kooperativ miteinander umzugehen und das Gesundheitssystem als Netzwerk zu gestalten. Wertbestimmung und Ressourcenverantwortung müssen integriert werden, um einen wirtschaftlichen Wertschöpfungsprozess erst möglich zu machen. Ökonomie und Leistung gehören zusammen.

Gute Heilkunst unterlässt alles, was den betroffenen Kranken nicht nützt. Ärztinnen sollen ihre Patientinnen so behandeln, wie sie selbst behandelt werden wollen. Die Wertbestimmung für medizinische Angebote muss von der Patientin her erfolgen. Die Leistungen von Medizin und Pflege umfassen ein komplexes Netzwerk von Hilfe und Unterstützung, sie müssen den einzelnen Menschen dazu ermuntern, möglichst selbstbestimmt und selbstverantwortlich mit seiner Lage fertig zu werden. Gesundheit heißt Autonomie für die Betroffenen und zwar trotz eines körperlichen, seelischen oder sozialen Handicaps. Autonomie ist damit „Produktionsziel“ einer sozial verantwortlichen Heilkunst.

10 Public Health Relevanz

Die beiden wichtigsten Gesundheitspolitischen Fragen am Beginn des 21. Jahrhunderts scheinen zu lauten:

- Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit erreichen bzw. der aktuelle Stand vor dem Horizont neuer Gefahren sichern (Umwelt, Infektionen, soziale Entwicklungen)?
- Wie lässt sich eine verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten erreichen?

Dies genau sind die beiden zentralen Fragen, die sich die Public-Health-Wissenschaften stellen [Schwartz et al., 2003, S.3]. Während die Gesundheit der Einzelnen das vorrangige Ziel der Medizin ist, ist es für Public Health die Gesundheit der Bevölkerung. Sie relativiert die Bedeutung der klassischen, vor allem kurativ ausgerichteten Medizin zugunsten anderer Faktoren, die ebenso für die Gesundheit der Menschen bedeutend sind: z.B. Infrastruktur, Bildung, Arbeits- und Wohnungsbedingungen oder Ernährung. Aus heutiger Sicht bezeichnet „Public Health“ demgemäß ein „interdisziplinäres, multiprofessionelles und intersektorales System organisierten Wissens und organisierter wissenschaftlicher und steuernder Anstrengungen, die auf die Verbesserung der Gesundheit und die Vermeidung der Krankheitslast großer Bevölkerungsteile gerichtet ist“.

Public Health verbindet zwei Kernfunktionen: Wissensarbeit und Steuerung [Noack, 1999, S.36]. Zunehmend gelten auch für die Gesundheitssysteme entwickelter Industrieländer spürbare ökonomische Knappheitsbedingungen. Der bevölkerungs- und systembezogene Analyse- und Managementansatz von Public Health gewinnt dadurch neben der individuen- oder klinikbezogenen Sichtweise der Klinikerin notwendig an Gewicht. Ärztinnen und Klinikerinnen sind gut beraten, sich mit diesen neuen Sichtweisen ernsthaft auseinander zu setzen, ihre eigene Analyse zu bereichern und gleichzeitig ihre klinische Sicht in den interdisziplinären Diskurs von Public Health einzubringen [Schwartz et al., 2003, S.VII].

New Public Health hat erkannt, dass die Gesundheit jeder Person von einem ganzen System kultureller Muster abhängt. Heute ist die „einzelne Krankheitsursache“ durch das „Multiple-Risikofaktoren-Konzept“ ersetzt worden. Das System menschlicher Gesundheit schließt viele Ursachen aus völlig unterschiedlichen Bereichen ein: Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Sucht, physikalische und chemische Umwelt, Vererbung, Gesundheitsversorgung, psychosozialer Stress, soziale Unterstützung und als größte

Quelle für Gesundheits-Ungleichheit die sozioökonomisch Stellung in der Gesellschaft. Dadurch hat sich auch das Verständnis vom „Behandlungs-Outcome“ weg von der rein medizinischen Definition hin zu einer multidimensionalen Sichtweise im Sinne der Lebensqualität verändert. Dazu gehören neben den klinischen Symptomen auch Verhalten, soziale Rolle, psychologisches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit Pflege und Lebenserwartung.

Orientiert man sich am Public-Health-Ansatz, welcher Gesundheit als öffentliche Angelegenheit sieht und eine umfassende Verantwortung des Gesundheitssystems im gesellschaftlichen Kontext bejaht, so fallen unter den Begriff „Gesundheitssystem“ auch Bereiche, die zum Arbeitsleben, persönlichem Lebensstil, sozialen Netzen (Familie, Selbsthilfegruppen) oder Sport gehören. Eine Trennung zwischen Gesundheits- und Pflegewesen ist oftmals nicht nur ökonomisch ineffizient, sondern auch eine persönliche Belastung für alle Beteiligten [Wallner, 2004, S.8].

Tatsächlich wird unser Gesundheitssystem kränker geredet, als es ist. Nicht die Ausgaben sind das Hauptproblem, sondern die sinkenden Einnahmen der Krankenkassen. Durch steigende Arbeitslosigkeit, Billigjobs und die wachsende Zahl an Pensionistinnen finanzieren immer weniger Beitragszahler immer mehr Versicherte. Gleichzeitig werden Erwerbstätige einseitig belastet. Wer von Mieten und Zinseinnahmen lebt, muss davon nichts abgeben, Spitzenverdiener müssen aufgrund einer Höchstbeitragsgrenze nur einen wesentlich kleineren Prozentsatz ihres Einkommens für das Gesundheitssystem zur Verfügung stellen als Erwerbstätige unterhalb dieser Grenze.

Politikerinnen müssen der Tatsache ins Auge sehen, dass eine Wirtschafts- und Sozialpolitik, die zu größeren Einkommensunterschieden, zu zunehmender Armut und Arbeitslosigkeit, weiterer Ausgrenzung von Migrantinnen und anderer Randgruppen führt, einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit der Gesellschaft hat. Dies muss zu einem grundlegenden Wandel in der Politik führen. Gesundheitlichen Aspekten sollte ein höherer Stellenwert bei nationalen Entscheidungen und wesentlichen strategischen Überlegungen aller Politikfelder in einem Land eingeräumt werden – nicht nur auf dem Gesundheitssektor.

Diese ökologischen Korrelationen dürfen nicht im Sinne einer linearen Beziehung zwischen Bruttosozialprodukt und Lebenserwartung interpretiert werden. Vielmehr besteht eine enge Beziehung zwischen der Verringerung von Ungleichheiten in der Einkommensverteilung eines Landes und der Erhöhung der mittleren Lebenserwartung.

Länder, in denen wie in Japan in den vergangenen 25 Jahren die Einkommensunterschiede vergleichsweise am stärksten nivelliert wurden profitierten am meisten im Sinne einer Verbesserung der Lebenserwartung. Im Gegensatz dazu entwickelte sich in Ländern wie den USA und Großbritannien die Einkommensverteilung ungünstig, und hier war der Zugewinn an Lebenserwartung bescheiden. Diese Daten deuten darauf hin, dass der Gesundheitszustand einer Nation in engem Zusammenhang mit dem Ausmaß relativer Benachteiligung steht, die in den verschiedenen Bevölkerungsschichten erlebt wird.

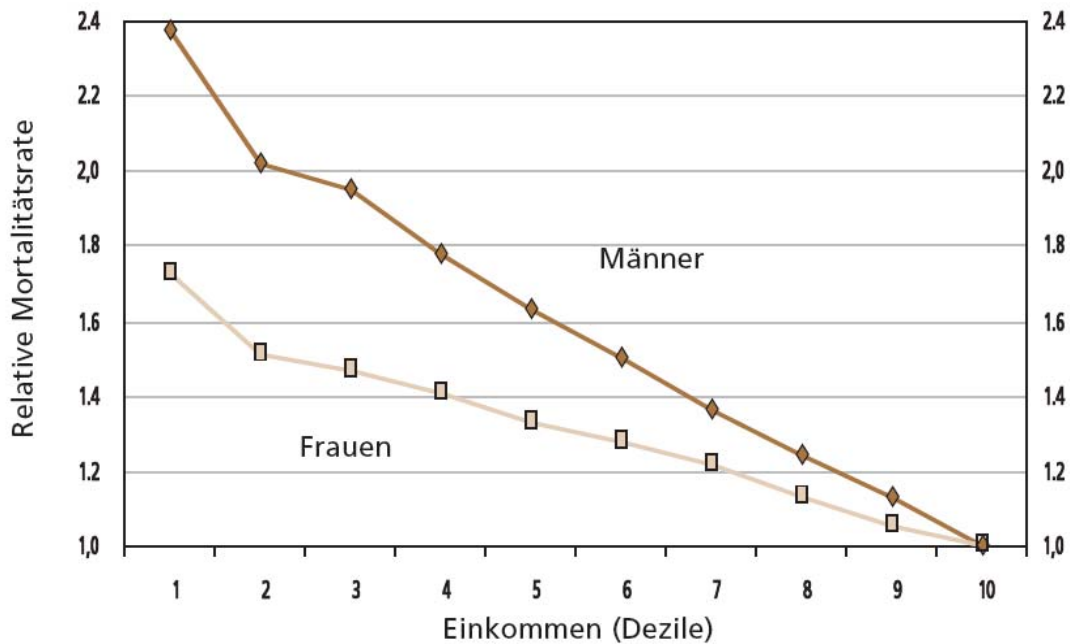
Aber auch andere Kriterien sozialer Ungleichheit wie Bildungsgrad, Einkommen und Wohnsituation belegen entsprechende Zusammenhänge. Daten aus Dänemark, Finnland, Norwegen und Frankreich weisen in die gleiche Richtung: Un- und angelernte Arbeiterinnen haben eine doppelt so hohe Mortalität wie Akademikerinnen, in Frankreich sogar eine vierfach erhöhte Sterblichkeit.

Es ist wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass ein Sozialgradient der Mortalität besteht. Es sind nicht nur die Mitglieder der untersten sozialen Schicht gegenüber dem Rest der Gesellschaft in besonderer Weise benachteiligt, sondern es existiert ein systematischer Zusammenhang: je höher der sozioökonomische Status, desto niedriger die Sterblichkeit. Bezogen auf das Bildungsniveau bedeutet dies für die skandinavischen Männer beispielsweise (Männer 35-64 Jahre): mit jedem Jahr zusätzlicher Ausbildung verringert sich die Sterblichkeit um 8-10%! Die Sterblichkeit im Erwerbsalter in allen entwickelten Industriegesellschaften aus denen gesicherte Daten vorliegen variiert schichtenspezifisch, bei Männern stärker als bei Frauen, bei Jüngeren stärker als bei Älteren. Die Zusammenhänge sind in der Regel linear: je ungünstiger der sozioökonomische Status umso höher die Sterblichkeit. Faktoren wie Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Qualität medizinischer Leistungen spielen bei der Erklärung eine untergeordnete Rolle. Das Hauptgewicht kommt schichtenspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen, insbesondere differentiellen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und materiellen sowie sozioemotionalen Belastungskonfigurationen zu [Schwartz et al., 2003, S.127f].

In einer finnischen Studie wurden die Mortalitätsraten von drei Millionen Menschen im Alter von 30 Jahren in Bezug zum Einkommen im Zeitraum 1990-1996 ausgewertet. Dabei wurde festgestellt, dass die Mortalität in einem fast linearen Verhältnis zum einkommen steht, wobei das verfügbare, um die Haushaltsgröße bereinigte Einkommen in Zehntel unterteilt wurde.

Abbildung 74: Mortalität nach Einkommen (Finnland)

Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 75



Quelle: Martikainen und al. 2001

Der Bekämpfung von Armut und Arbeitslosigkeit sollte deshalb auch in der Gesundheitspolitik große Aufmerksamkeit geschenkt werden, wenn man in diesen Bereichen erfolgreich ist kann man sich bei der Krankenversorgung viel menschliches Leid und erhebliche Geldsummen ersparen.

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“ Dieses Menschenrechtsprinzip (Charta der Vereinten Nationen) ist ein Gerechtigkeitsprinzip, welches ein gewisses Gleichheitsverständnis voraussetzt.

Gesundheit ist ein physisch, psychisch, spirituell und sozial relativer Zustand, der von vielen Faktoren abhängt. Gleichheit ist daher ein anspruchsvolles Konzept, das – auch wenn es sich nur auf das Gesundheitssystem konzentriert – über die rein medizinische Versorgung hinausgehen und andere Lebensbereiche mit einbeziehen muss, insbesondere Bildung, Wohnverhältnisse oder die Arbeit. Politische Lippenbekenntnisse, die stets nach einer „gleichen Gesundheitsversorgung für alle“ verlangen, müssen daher auch Antwort auf die Frage haben, inwieweit die Bedeutung anderer Lebensbereiche für das Gesundheitssystem in ihren Konzepten berücksichtigt wurde.

Auf der Systemebene des Gesundheitssystems ist aber dringend vor einem perfektionistischen Glücksegalitarismus zu warnen: Heute wird in der Gesellschaft und der Politik häufig suggeriert, dass Gesundheit der höchste Wert im Leben eines Menschen sei, dass alle Menschen „gleich gesund“ sein sollten und dass das Gesundheitssystem dies am besten erfüllen könnte, wenn alle maximal behandelt werden könnten. Dies ist nichts weiter als reine Ideologie, die schlimme menschenverachtende Konsequenzen haben kann: von der Diskriminierung jener Menschen, die mit ihren Krankheiten oder Behinderungen leben bis hin zu jenen „reperaturbedürftigen“ Menschen, die eine genetische Disposition für eine Erbkrankheit haben – alle sollen gleich gesund sein [Wallner, 2004, S.146].

Der naturwissenschaftliche Fortschritt hat die Lebensbedingungen der Menschen im allgemeinen sowie die Arbeits-, Transport- und Ernährungsbedingungen im besonderen verbessert und damit die Morbiditäts- und Mortalitätsraten der Bevölkerung wesentlich beeinflusst. Dem stehen die Risiken des Fortschritts gegenüber, die nicht intendierten Nebenwirkungen und negativen Folgen für die Gesundheit der Menschen. Neue Krankheiten und Störbilder sind entstanden, das Morbiditätsspektrum hat sich verändert. Während der objektive Gesundheitszustand der Menschen sich verbessert hat, hat sich das subjektive Gesundheitsgefühl eher verschlechtert. Trotz verbesserter medizinischer Befunde fühlen sich die Menschen häufig krank [Schwartz et al., 2003, S.109].

Die Berücksichtigung des Bezugssystems der Betroffenen, also der Einschätzung der subjektiven Gesundheit bei bevölkerungsmedizinischen Studien, ist auch deswegen von großer Bedeutung, weil die subjektiv eingeschätzte Gesundheit sich in verschiedenen prospektiven Studien als starker, unabhängiger Prädiktor für Mortalität erwiesen hat. Auch die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Bedingungen bzw. zwischen konjunkturell-wirtschaftlicher Lage und Gesundheit können heute als etabliert gelten [Schwartz et al., 2003, S.44f].

Neben den zunehmenden sozial-strukturellen Ungleichheiten in den Industrieländern mag dafür auch eine Abnahme des Sozialkapitals verantwortlich sein. Robert Putnam drückt das folgendermaßen aus: *Wenn sie keiner Gruppe angehören und einer beitreten, reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie im nächsten Jahr sterben, um die Hälfte.*

Zentrale Public-Health-Strategien im Sinne einer Ressourcenstärkung sollten daher vermehrt Beachtung finden:

- Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Netzwerke und des sozialen Vertrauens haben signifikante positive Gesundheitsauswirkungen auf Bevölkerungsebene
- Schon kleine Veränderungen die große Bevölkerungsgruppen betreffen haben signifikante Auswirkungen auf die Volksgesundheit (Rose-Theorem)
- Die Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz kann zur verändernden Kraft werden (ist aber abhängig von Bildung und sozioökonomischem Status)
- Die Reduktion sozialer Ungleichheiten verbessert die Gesundheit der Bevölkerung

Gesundheit wird ganz wesentlich von Menschen und Familien produziert und viel weniger von Gesundheitseinrichtungen. Wissen über Prävention und Selbsthilfe und die soziale Fähigkeit und Bereitschaft, gemeinsam mit Familien, Nachbarn und Gemeinden gesunde Lebens- und Umweltbedingungen (wieder)herzustellen werden notwendig sein um die Bürgerinnen gesund zu erhalten. Die Aufgabe der Gesellschaft wird es sein, diese Fähigkeiten in Form von Bildung und sozialer Kompetenz zu fördern. Dabei muss ein weiteres Auseinanderklaffen von Arm und Reich verhindert und intensiv daran gearbeitet werden die sozioökonomischen Unterschiede zu verringern.

Wenn immer mehr Menschen ohne Arbeit sind, immer mehr Familien zerbrechen, die Bevölkerung immer weniger Rückhalt im Glauben findet und soziale Netze wie Vereinstätigkeiten und Nachbarschaftshilfe immer rarer werden, dürfen wir uns nicht wundern, wenn das Medizinsystem daran scheitert all jene Folgen zu kurieren, die durch diese Fakten hervorgerufen wurden.

Die Gesellschaft hat der Medizin und ihren Institutionen eine Bürde auferlegt, die sie nicht tragen kann. Auch wesentlich höhere finanzielle Mittel für das Medizinsystem können die Folgen von sozialer Kälte, fehlenden Arbeitsplätzen und zunehmender Schere zwischen Arm und Reich nicht erfolgreich therapieren. Wenn unsere Großeltern in Altersheimen „betreut“ werden und sehnsüchtig auf den monatlichen Besuch ihrer Angehörigen warten, dann wird es kein noch so innovatives Antidepressivum schaffen ihre Stimmung aufzuhellen.

11 Persönliche Schlussfolgerungen

In den vorangegangenen Kapiteln habe ich versucht den vielfältigen, manchmal auch kontroversen Darstellungen in der Literatur ausgewogen Platz einzuräumen. Dieses letzte Kapitel soll Platz bieten für meine persönlichen Schlussfolgerungen. Im Gegensatz zum Bemühen um Objektivität in den ersten 10 Kapiteln beschreiben die folgenden Gedanken meine subjektive Einschätzung und Empfehlung an Gesundheitspolitikerinnen.

Soziologische Untersuchungen haben uns gelehrt, dass Gesundheit und Krankheit durch multidimensionale Einflussfaktoren geprägt werden. Bevor mehr Geld ins Gesundheitssystem gepumpt wird sollte sorgfältig überlegt werden, ob diese Finanzspritze im Bildungsbereich oder für die Schaffung von Arbeitsplätzen nicht mittel- und längerfristig wesentlich wichtigere Beiträge zur Erhaltung und Schaffung von Gesundheit leistet. Dies bedeutet, den Forderungen von mächtigen Lobbys (wie sie Ärztinnen und Apothekerinnen sind) nicht nachzugeben sondern die schwachen Gruppen unserer Gesellschaft zu stützen, die Kinder, die Arbeitslosen und die sozial Schwachen.

Der Gesundheitsmarkt kann auf Grund des Marktversagens nicht sich selbst überlassen bleiben. Die (regional unterschiedlich) bestehende Ressourcenplanung sollte von einer bedarfsorientierten Angebotsplanung abgelöst werden. Dabei müssen relevante Faktoren wie demographische und sozioökonomische Zusammensetzung der Bevölkerung der jeweiligen Region, Arbeitsmarktsituation, Bildungsstatus und sozialer Zusammenhalt in die Analyse miteinbezogen werden. Dabei wird es in unterschiedlichen Bezirken einer Stadt völlig unterschiedliche Bedürfnisse der Bevölkerung geben.

Gleicher Zugang zum medizinischen Versorgungssystem bedeutet noch lange nicht gleiche Chancen, nur bedarfsgerechte unterschiedlich gestaltete Versorgung kann die durch die oben erwähnten Faktoren unterschiedlichen Voraussetzungen nivellieren.

Trotz der kontroversen Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen steht für mich die angebotsinduzierte Nachfrage im Medizin- und Wellnessbereich außer Frage. Da werden von wichtigen Lobbys Bedürfnisse geweckt und Heilung und Linderung versprochen, es wird der Eindruck erweckt, dass die allzeit gesunde und junge Österreicherin bei regelmäßiger Inanspruchnahme von „Gesundheits-Checks“ und „Früherkennungs-Untersuchungen“ Wirklichkeit werden kann.

Die Gesellschaft antwortet auf Befindlichkeitsstörungen mit Medikalisierung und wundert sich über den ausbleibenden Erfolg. Die Hoffnung, Gesundheit kaufen zu können bringt die entwickelten Gesellschaften an die Grenzen der Finanzierbarkeit, der Ruf nach „mehr Geld ins System“ wird laut, neue Pillen braucht das Land, auch wenn die Wirkung sich oft auf einen Placebo-Nutzen beschränkt und die oft nicht unerheblichen Nebenwirkungen ihren weitgehend unbeachteten „Blutzoll“ fordern (Wechselwirkung von Medikamenten, Komplikationen und „schicksalhaft Verläufe“ bei ärztlichen Behandlungen).

Um das Dilemma der Finanzierbarkeit lösen zu können besinnt man sich mehr und mehr der „Selbstbeteiligung“, man hängt ihr das Mäntelchen der „Eigenverantwortung“ um und übersieht geflissentlich, dass Finanzierungseffekte von Selbstbeteiligungen entweder sozial ungerecht oder administrativ aufwändig sind, und dass Steuerungseffekte nur dann zu erwarten sind, wenn gleichzeitig negative Auswirkungen auf die Gesundheit der sozial Schwachen nachgewiesen werden.

Prinzipiell begrüße ich die diversifizierte Mittelaufbringung, allerdings sollten diese Mittel dann ein in einer Hand zusammenfließen die dafür sorgt, dass Leistungen dort finanziert werden wo sie qualitätsgesichert erbracht werden und volkswirtschaftlich die geringsten Kosten verursachen. Dabei müssen die Bereiche Prävention, Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege gemeinsam geplant und finanziert werden.

Statt einer Einzelleistungsvergütung (die zu Leistungssteigerungen einlädt) würde ich die Bezahlung der niedergelassenen Ärztinnen auf eine alters- und indikationsabhängige Kopfpauschale umstellen. Bei den Niederlassungen von Haus- und Fachärztinnen würde ich eine streng bedarfsorientierte restriktive Stellenplanpolitik umsetzen, trotz der widersprüchlichen Literatur bin ich von einer angebotsinduzierten Nachfrage überzeugt.

Seit Jahren nimmt man die Erosion der Beitragseinnahmen ohne entsprechende Reaktion zur Kenntnis, Korruption und Betrug im Gesundheitswesen werden oftmals als „Kavaliersdelikte“ behandelt. Mein Rezept wäre eine Aufhebung oder zumindest eine deutliche Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage für die Krankenversicherung, die gut verdienenden Österreicherinnen (und damit laut Statistik auch die mit der besseren Bildung und mit der besseren Gesundheit) sollten zumindest denselben Prozentsatz zur solidarischen Krankenversicherung beitragen, der auch den sozial Schwachen abverlangt wird. Der Dienstgeberbeitrag sollte auf eine Wertschöpfungsabgabe umbasiert werden, damit werden die Einnahmen des Gesundheitswesens enger an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung gekoppelt.

Diese zusätzlichen Mittel sollten aber nicht in die derzeit bestehende Krankenversorgung investiert werden sondern eine behutsame Umstrukturierung des gesamten Gesundheits – und Pflegebereiches ermöglichen. Verhältnisorientierte Gesundheitsförderung muss wesentlich vehementer implementiert werden. Dabei denke ich an gemeindezentrierte „Gesundheitszentren“ die Prävention, Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege anbieten und koordinieren.

Besonders wichtig erscheint mir auch die „Medizingläubigkeit“ der Bevölkerung auf ein vernünftiges Maß zu reduzieren und gleichzeitig das Vertrauen in die eigenen Ressourcen zu stärken. Dazu wird es einer enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Patientenanwältinnen, Verbraucherschutzorganisationen und einer massiven Öffentlichkeitsarbeit bedürfen. Es muss deutlich gemacht werden, dass Medizin nicht nur nützt sondern auch schadet, dass ein „Mehr an Medizin“ nicht automatisch eine „bessere Behandlung“ bedeutet.

„Baut Krankenhäuser und ihr werdet Kranke ernten“, dieser Spruch hat sich in Österreich bewahrheitet, daher muss es in den nächsten Jahren zur einer Reduktion der Überversorgung im stationären Bereich kommen. Dabei müssen extramural die Voraussetzungen geschaffen werden, meiner Meinung nach aber nicht im ärztlichen Bereich sondern durch eine verbesserte Unterstützung von pflegenden Angehörigen und einer deutlichen Verbesserung der personellen Ressourcen in Alten- und Pflegeheimen.

Schließen möchte ich meine Arbeit mit Hippokrates:

**Wenn wir jedem Individuum das richtige Maß an Nahrung und Bewegung
zukommen lassen könnten,
hätten wir den sichersten Weg zur Gesundheit gefunden.**

12 Zitierte und weiterführende Literatur

- Andersen H. / Schwarze J.**, 1997: Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb? Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen; Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health; Berlin; S. 1-73
- Arrow K.**, 1963: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care; American Economic Review 53; S. 941-973
- Berbuer E.**, 1990: zwischen Ethik und Profit; Access Verlag; König-Falkenstein 1990
- Berkman, L. et al.**, 1979 : Social Networks, Host Resistance and Mortality: a 9-Year Follow-Up Study of Alameda County Residents; American Journal of Epidemiology 109; S. 186-204
- Blech J.**, 2003: Die Krankheitserfinder – Wie wir zu Patienten gemacht werden; S. Fischer, Frankfurt 2003
- Böcken J., Butzlaff M., Esche A. (Hrsg.)**, 2000: Reformen im Gesundheitswesen, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; 2000
- Boorse C.**, 1977: Health as a Theoretical Concept; Philosophie of Science 44; 542-573
- Bourdieu, P.**, 1983: Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital, in: soziale Ungleichheiten, Soziale Welt, Sonderband 2; Reinhard Kreckel (Hrsg.), Göttingen
- Brandstetter W.**, 1998: strafrechtliche Arzthaftung und Ressourcenverknappung; Behandlungsanspruch und Wirtschaftlichkeitsgebot, Wien, 1998, Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung AG, Schriftenreihe Recht der Medizin, Band 5, S.48-50
- Brescianini S. et al.**, 2003: Low total cholesterol and increased risk of dying: Are low levels clinical warning signs in the elderly? Results from the Italian Longitudinal Study on Aging; Journal of the American Geriatric Society; 51/July 2003, S. 991-996
- Breyer F.**, 1984a: Anbieterinduzierte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und die Zieleinkommenshypothese; Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik, Vol. 199, S. 415-432
- Breyer F. et al.**, 1999: Gesundheitsökonomie, 3. Auflage; Berlin; Springer Verlag
- Breyer U.**, 2000: Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse; Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik; 220
- Bruckner G.J. et al.**, 2002: Ärztedichte im urbanen Umfeld: Anmerkungen zu einem Projektbericht des Institutes für Höhere Studien, November 2002, interne Unterlagen
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen**, 2004: Gesundheit und Krankheit in Österreich, Gesundheitsbericht Österreich 2004
- Cassel D. / Wilke K.**, 2000: Das Say'sche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten

<http://www.uni-duisburg.de/FB5/VWL/ALLGWIPO/pdf/DasSayscheGesetz.doc>
(Zugriff 4.12.2004)

Cohen S. et al., 1985 : Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis, Psychological Bulletin 98(2) ; S. 310-257

Coleman, J.S., 1991: Soziales Kapital, Grundlagen der Sozialtheorie, München, S.389-419

Descartes R., 1996: die Leidenschaften der Seele; Hamburg; Meiner, 2. Auflage

Domenighetti G. et al., 1993: Revisiting the Most Informed Consumer of Surgical Services; International Journal of Technology Assesment in Health Care, 9/1993, S. 505-513

Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der europäischen Union: Gesundheitsunterschiede verringern; Gesundheit und Verbraucherschutz
http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/health_status_de.pdf (Zugriff 29.1.2005)

Europäische Kommission, 2003b: Die soziale Lage in der europäischen Kommission 2003

Fisher E.S. et al., 2003 : The implications of regional variations in Medicare spending, Part 2 : health outcomes and satisfaction with care.; Ann. Intern. Med. 2003, 138, S. 288-298

Fried A., 2005: Korruption und Betrug im Gesundheitswesen, Österreichische Krankenhauszeitung, 46. JG.; 07/08;

Foody J.M. et al., 2003: Long-term prognostic importance of total cholesterol in elderly survivors of an acute myocardial infarction; The Cooperative Cardiovascular Pilot Project; Journal of the American Geriatric Society; 51/July 2003; S. 930-936

Goeudevert D., 1999: Mit Träumen beginnt die Realität, Rowohlt Verlag, Berlin 1999

Grossmann MJ., 1972: On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, Journal of Political Economy 80/1972; S. 223-255

Grootaert et al, 2002 : Understanding and Measuring Social Capital : A Multidisciplinary Tool für Practitioners, Worldbank, 2002

Gyergyek E., 2003: das Zusammenspiel von Behandlungsmethode und Ökonomiegebot, Hausarbeit im Rahmen des 5. Postgradualen Lehrganges für Gesundheitsmanagement an der Donau-Universität Krems, Juli 2003,
<http://www.oegkv.at/3-2/bund/praxis/ha-gyergyek.pdf> (Zugriff am 25.2.2005)

Heinzen F., 2003: Strategien für ein zukunftsfähiges Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung; Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, School of Public Health der Universität Bielefeld;
<http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/334/pdf/dissertation.pdf>
(Zugriff am 27.2.2005)

Heyll U., 1993: Risikofaktor Medizin, Gesundheitsschäden und Kostenexplosion als Folge ärztlicher Übertherapie; Ullstein Verlag; Frankfurt/Main, Berlin, 1993

Hofmarcher M., 2002: IHS Health Econ, Folien für den Public Health Lehrgang an der medizinischen Universität Graz Dezember 2002

Hofmarcher M. et al, 2003a: Health System Watch I/Frühjahr 2003, IHS HealthEcon; Gesundheitsausgaben in der EU;
http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw03_1d.pdf
(Zugriff am 26.10.2004)

Hofmarcher M. et al, 2003b: Was darf/muss uns Gesundheit wert sein? Bericht von einer Enquete am 9.12.2003 (die grüne Bildungswerkstatt);
<http://www.gruene.at/gbw/pdf/gesundheit-wdmugws.pdf> (Zugriff am 4.12.2004)

Hofmarcher M. et al, 2003c: Health System Watch III/Herbst 2003, IHS HealthEcon; Altersstruktur und Gesundheitsausgaben
http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw03_3d.pdf
(Zugriff am 8.4.2005)

Hofmarcher M. et al, 2004a: Health System Watch IV/Winter 2004, IHS HealthEcon; Gesundheitsausgaben in der EU;
http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw04_4d.pdf
(Zugriff am 8.4.2005)

Hofmarcher M. et al, 2004b: Health System Watch I/Winter 2004, IHS HealthEcon; Gesundheitsausgaben in der EU;
http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw04_1d.pdf
(Zugriff am 8.4.2005)

Honecker M., 2000: Artikel Partizipation; in LexBioE, Band 2

Huber E., Langbein K., 2004: Die Gesundheitsrevolution, radikale Wege aus der Krise – was Patienten wissen müssen; Aufbau-Verlag GmbH, Berlin 2004

Huber F., 2003: Ergebnisse aus Patientensicht. Reflexionen über das Buch “Outcomes Research and Economic Evaluation” von Silvia M. Ess, in: Managed Care 4 (2003), S. 39-40

Idler EL et al, 1997 : Self-Rated Health and Mortality : A Review of Twenty-Seven Community Studies, Jorunal of Health and Social Behavior 1997 ; 38; S. 21-37

ITA (Institut für Technikfolgen-Abschätzung), 2003: Einführung in HTA, Wien 2003
www.oeaw.ac.at/ita/hta/hta-einf.htm (Zugriff am 10.9.2003)

Kaiser A., 2003: Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung – Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU, Hamburg, 2003;
http://www.hwp-hamburg.de/fach/fq_vwl/DozentInnen/heise/Materials/WP_StaatsWiss/06-GesundhVersorgg.pdf (Zugriff am 26.10.2004)

Kern A.O., 2003: arztinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung, Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
<http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/225.pdf> (Zugriff am 28.11.2004)

Kobelt G., 2003: Gesundheit Ökonomie – Einführung in die Ökonomische Evaluation; aus dem Englischen übersetzt und auf Deutschland angepasst: MERG (Forschungsgruppe Medizinische Ökonomie, München);
www.merg-munich.de/merg_oekonomie.htm (Zugriff am 6.9.2003)

Köck M., 1996: Das Gesundheitssystem in der Krise: Herausforderungen zum Wandel für System und Organisation, in: Heimerl-Wagner, Köck (Hrsg.): Management in Gesundheitsorganisationen, Wien

- Köck C.M., Patera N.R.**, 2002: Vorschläge für eine Reform des österreichischen Gesundheitssystems, Köck, Ebner & Partner im Auftrag der österreichischen Industriellenvereinigung
http://www.iv-newsroom.at/upload_pub/file_235.pdf (Zugriff am 28.11.2004)
- Körnter U.**, 2002: Gesundheit nicht um jeden Preis; Ziele und Kosten des medizinischen Fortschrittsaus ethischer Sicht; in Aufderheide/Dabrowski 2002, S.51075
- Krämer W.**, 2002: Hippokrates und Sisyphus – die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolges; Vortrag auf dem Symposium "Gesundheitswesen in der Sackgasse?", Braunschweig, 13. Juni 2002;
www.deinallgaeu.de/hippokrates_sisyphos.html (Zugriff am 4.9.2003)
- Kurth, B. et al**, 2004: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen (Schlussbericht); Robert Koch Insitut;
http://www.rki.de/FORSCH/FOR2/FORGBE/WWW_ENDBERICHT.PDF (Zugriff am 4.12.2004)
- Laitenberger V.**, 2000: Grenzen der Medizin oder Rationalisierung? Bonn 2000;
www.v-laitenberger.de/aktuell/grenzen.htm (Zugriff am 5.9.2003)
- Langbein K. et al.**, 2003: das Medizinkartell, Piper Verlag, München
- Langbein K. et al.**, 2004: Bittere Pillen : Nutzen und Risiken der Arzneimittel, Jubiläumsausgabe 2004, Verlag Kiepenheuer & Wirtsch, Köln 2004
- Luf G. et al**, 1998 : Patientenrechte und Ökonomie aus rechtsethischer Sicht; in Behandlungsanspruch und Wirtschaftlichkeitsgebot, Manz`sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung AG, Schriftenreihe Recht der Medizin, Band 5, S.60-69
- Luhan WJ.**, 2004: Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems: ein internationaler Vergleich der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssektors in Österreich, für die zweite Hälfte der Neunziger Jahre; Gesundheitswissenschaften Band 27
- McKeown T.**, 1982: Die Bedeutung der Medizin, Traum, Trugbild, Nemesis, Frankfurt
- Malherbe J.**, 1990: Medizinische Ethik; Würzburg; Echter
- Meggeneder O.**, 2003: Selbstbehalte und ihre Wirkung; Soziale Sicherheit 4/2003; S. 180-187
- Nefiodow L.A.**, 2000: der sechste Kontratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Rhein-Sieg Verlag, Sankt Augustin 2000
- Nerem RM. et al.**, 1980: Social Environment as a Factor in Diet-Induced Atherosclerosis; Science 208; S. 1475-1476
- Neubauer G.**, 1982: Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen – Versuch der sozial empirischen Überprüfung einiger zentraler Thesen; Gäfgen G., H. Lampert (Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 3, Gerlingen, S. 155-246
- Neubauer G.**, 1985: Einzelleistungsvergütung ein Dogma? Sozialer Fortschritt 34/1985, S. 311-329

- Noack R.**, 1996: Salutogenese und Systemintervention als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung und Public Health, in: Prävention, Ausgabe 03/1996, S. 37-39
- Noack H.**, 1999: Mehr Transparenz im Gesundheitswesen? In Meggendorfer, 1999; 17-28
- Oberösterreichischer Landesrechnungshof**, 2005: Initiativprüfung, Gesundheitsversorgung in OÖ, Schwerpunkt Krankenanstalten, http://www.lrh-ooe.at/files/downloads/berichte/2005/Bericht_Initiativpruefung_Gesundheitsversorgung.pdf (Zugriff am 24.3.2005)
- ÖBIG-Studie**, 2003: Selbstbeteiligung - Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich, Wien, 2003
- Pauly MV**, 1980: Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior, Chicago
- Probst, J.**, 2005: Ausgangslage und Visionen für das österreichische Gesundheitswesen in Public Health in Österreich und Europa, Festschrift, Hrsg. Martin Sprenger; S. 281- 290.
- Putnam R.**, 1993: Making Democracy Work: Civic traditions in Modern Italy; Princeton University Press, Princeton 1993
- Rechnungshof**, 2002: Tätigkeitsbericht Verwaltungsjahr 2002, System des österreichischen Gesundheitswesens
- Reif M. et al.**, 2005 : DIALA, Strukturierte Diabetesbetreuung im ländlichen Raum; Evaluationsstudie eines Pilotprojektes der OÖGKK und dem Land OÖ, http://www.gesundheitsplanung.at/documents/Bericht_DIALA_small_000.pdf (Zugriff am 27.12.2005)
- Richardson J.**, 2003: Will More Doctors Increase or Decrease Death Rates? An econometric analysis of Australian mortality statistics, Working Paper 137 des Centre for Health Program Evaluation, Monash University, Australien
- Robin J.-M. et al**, 1999 : Health expectancy indicators ; Bull. WHO, Bd. 77, Nr. 2, S.181-185
- Rosenbrock, R.**, 2001: Was ist New Public Health?, in: Bundesgesundheitsblatt, Jahrgang 44, Ausgabe 08/2001
- Rümmele, M.**, 2005: Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit: Symptome, Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreformen, niederösterreichisches Pressehaus Druck- und Verlagsges.m.b.H., St. Pölten-Wien-Linz
- Rupp B.**, 2005: Korruption und Betrug im Gesundheitswesen, Österreichische Krankenhauszeitung, 46. JG.; 07/08;
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**, 1996: Sondergutachten 1996; Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Baden-Baden 1996, Band I, S.213
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**, 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität <http://www.svr-gesundheit.de/pm03.pdf> (Zugriff am 24.3.2005)

- Sackett, David L. et al.**, 1996: Evidence-based medicine: What it is and what it isn't, in: British Medical Journal 1996; 312: 71-72
- Said H. et al.**, 2004: Gesundheitliche Versorgung bei begrenzten Ressourcen, in: Arzneidialog, Qualität und Ökonomie in der Arzneimitteltherapie, Hrsg: Oskar Meggeneder, Oskar Schwening, Trauner Verlag, S. 31-42
- Schatz I.J. et al.**, 2001: Cholesterol and all-cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: A cohort study; Lancet 358/2001; S. 351-355
- Scheil-Adlung X.**, 1998: Eine vergleichende Analyse ausgewählter OECD-Länder: zur Politik von Gesundheitsausgaben durch Verhaltensanreize; Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit, <http://www.issa.int/pdf/jeru98/theme2/2-5agerm.pdf> (Zugriff am 24.2.2005)
- Schellhorn M.**, 2004: Wählbare Selbstbehalte in der Krankenversicherung der Schweiz: Nachfragesteuerung oder Selektion?; Universität Bern, Volkswirtschaftliches Institut, 2004; <http://www.vwi.unibe.ch/publikationen/download/dp0402.pdf> (Zugriff am 26.10.2004)
- Schmadlbauer H.**, 2005: Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – eine Problemanalyse; WISO 28. JG; 2005; Nr.2
- Schmidt C.**, 2003: Gesundheit im Verteilungskampf – können wir uns alles leisten was wir können? Statement am 25.6.2003: Audimax der Ruhr-Universität Bochum; www.ruhr-uni-bochum.de/aktuell/gesundheit_verteilung/statements/schmidt.htm (Zugriff am 4.9.2003)
- Schoenbach, V. et al.**, 1986: Social Ties and Mortality in Evans County, Georgia; American Journal of Epidemiology; 123; S. 577-591
- Schüffel W. et al**, 2000: Verbund gesundheitsorientierter Praxen, Projektskizze, Marburg 15.8. 2000 <http://www.med.uni-marburg.de/stpg/ukm/lb/psychosomatik/files/Projektskizze.pdf> (Zugriff am 4.12.2004)
- Schulenburg J. et al**, 2000: Gesundheitsökonomik; Tübingen; Mohr-Siebeck
- Schwartz F.W. et al**, 2003: Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen; Urban & Fischer Verlag, München
- Schwartz F. et al**, 1998: Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?, in: Schwartz, F. u.a. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 8-31
- Sprenger M.**, 2003: Stipendienarbeit; Finanzierungsformen im primären Versorgungsbereich unter besonderer Berücksichtigung der Situation in der Steiermark <http://www.oeph.at/candwork/Sprenger.pdf> (Zugriff am 3.6.2006)
- Statistik Austria**, 2004: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002
- Tamblin R.**, 2001: Prescription Drug Cost-Sharing among poor and alderly persons, Jama, January 24, 31, S. 421ff
- Tibblin, G. et al.**, 1986 : Social Support - Health and Disease, Paper 11-19, Stockholm

Transparency Deutschland, 2004: Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen; Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe; www.transparency.de/uploads/media/DOK586_Grundlagenpapier_Gesundh2004.pdf (Zugriff am 26.8.2005)

Trojan A., Legewie H., 2001: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxys der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen; VAS-Verlag, Frankfurt, 2001

Troche C.J. et al., 1997: Wirtschaftlichkeitsanalysen, Bedeutung und methodische Grundlagen von Wirtschaftlichkeitsanalysen im Gesundheitswesen am Beispiel zweier Therapieverfahren: VfUP Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, Nr. 2/1997

Velkova A. et al, 1997: The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention; International Journal of Epidemiology, Bd. 26, Nr. 1, S. 75-85

Vogt M., 1999: Das neue Prinzip „Nachhaltigkeit“ als Antwort auf die ökologische Herausforderung; HWEth, Band I; S. 237-257

Wallner J., 2004: Ethik im Gesundheitssystem; Facultas Verlags-und Buchhandels-AG; Wien

Weingart S.N. et al, 2000: Epidemiology of medical error; BMJ, Bd. 320, Nr.7237, S.774-777 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/320/7237/774> (Zugriff am 22.2.2005)

Welen L. et al., 1985: Prospective Study of Social Influences on Mortality; Lancet 1: S.915-918

Weltbank, 2005: Social Capital for Development. <http://www1.worldbank.org/prem/poverty/scapital/index.htm> (Zugriff am 20.5.2005)

Wennberg J.E., 1985: On Patient Need, Equity, Supplier-Induced Demand, and the Need to Assess the Outcome of Common Medical Practices; Medical Care 23 (1985), S. 512-520

Widmer-Schlumpf E., 2000: Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen, 3. Symposium Medizin und Ethik der Schweizerischen Akademie für Medizin und Ethik, 15.-16.9.2000, Davos; www.medizin-ethik.ch/publik/faire_mittelverteilung.htm (Zugriff am 5.9.2003)

Wilkinson RG, 2001: Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality, New York, S. 66f

Williams A., 1998: a clash of cultures?; Medicine, Economics, Ethics and the NHS; Health Economics 7/1998; S. 565-568

Wismar, M. et al., 1998: Gesundheitsziele: Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen (Diskussionspapier Nr. 14) Hannover

Wright J.C., Weinstein, M.C., 1998: Gains in Life Expectancy from Medical Interventions – Standardizing Data and Outcomes; The New England Journal of Medicine 380 (August 6 1998); S. 386

Wurzer A. et al., 2004: Robinig R., Rodler J., Selbstbehaltsanalyse anhand der Versicherungsleistungen der KGKK 2002, Klagenfurt, 2004

Ziniel G., 2004, Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung – ökonomische Aspekte und Verteilungswirkungen; Präsentation vor der ARGE KV (Arbeitsgemeinschaft der Krankenversicherungsträger) im Oktober 2004

Ziniel G., 2003, Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, eingeseitertes Experiment? Soziale Sicherheit 2003;

13 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Health Behavior Model, adaptiert nach Andersen (1995) Quelle: Kurth, 2004, S. 16.....	10
Abbildung 2: Gesundheitszustand „sehr gut“ nach Bildungsgruppen Männer (altersstandardisiert) Quelle: Hofmarcher et al, 2003c, S.15	14
Abbildung 3: Gesundheitszustand „sehr gut“ nach Bildungsgruppen Frauen (altersstandardisiert) Quelle: Hofmarcher et al, 2003c, S.16	14
Abbildung 4: Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Sterblichkeit in 5 prospektiven Studien Quelle: WHO, social determinants of health, the solid facts, second Edition.....	22
Abbildung 5: Ergebnisorientierte Einordnung arztinduzierter Nachfrage	32
Abbildung 6: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach Krankheitsgruppen der letzten 12 Monate und Geschlecht Quelle: Kurth B. et al, 2004, S.47.....	39
Abbildung 7: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach Alter und Geschlecht Quelle: Kurth B. et al, 2004, S.45	40
Abbildung 8: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach Alter und Geschlecht, adjustiert auf eine Person mit durchschnittlichem Gesundheitszustand im Alter von 30 Jahren Quelle: Kurth B. et al, 2004, S.52.....	41
Abbildung 9: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach sozialer Schicht und Geschlecht Quelle: Graphik entnommen aus Kurth B. et al, 2004, S.46	43
Abbildung 10: Anzahl der Arztkontakte insgesamt nach Hausärztin und Geschlecht Quelle: Graphik entnommen aus Kurth B. et al, 2004, S.47	45
Abbildung 11: Einflussfaktoren im Gesundheitswesen Quelle: Ärztedichte im urbanen Umfeld, Pruckner et al., S.11	47
Abbildung 12: Anteil der über 15-jährigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen, 2002 Quelle: Hofmarcher et al., 2004a, S.3	61
Abbildung 13: Zusammenhang zwischen selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und gesunder Lebenserwartung 2002 Quelle: Hofmarcher et al., 2004a, S.5	61
Abbildung 14: Zusammenhang zwischen selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem Quelle: Hofmarcher et al., 2004a, S.6.....	62
Abbildung 15: Lorenzkurve der Heilmittelausgaben und Anteil der Versicherten, OÖGKK 2001 Datenquelle: FOKO.....	69
Abbildung 16: 7 % Fälle (die 50 % des Kassenaufwandes benötigen) nach Altersklassen; Prozentmäßiger Anteil an den Gesamt-Versicherten, KGKK 2002 Quelle: Studie der KGKK	71
Abbildung 17: Kassenaufwand und Selbstbehalt nach Gehaltsklassen (pro Patientin / pro Patient im Jahr); Alle Patientinnen KGKK 2002; Beträge in € Quelle: Studie der KGKK.....	71
Abbildung 18: Prozentueller Anteil des Selbstbehaltes in Abhängigkeit vom Einkommen Quelle: Studie der KGKK	72
Abbildung 19: Höhe von Selbstbeteiligung im EU – Vergleich Quelle: [Hofmarcher, 2003a].....	75
Abbildung 20: Entwicklung der Gesundheitsausgaben zwischen 1995 und 1999 Quelle: [Hofmarcher 2002].....	75
Abbildung 21: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des BIP, pro Kopf zu Preisen 1995, Index 1988=100 Quelle: [Hofmarcher, 2003a].....	76
Abbildung 22: Kostensteigerungen im stationären Bereich Quelle: OÖ Landesrechnungshof 2005, Initiativprüfung, S.7	86
Abbildung 23: Entwicklung des BIP zu den Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen der OÖGKK (1999: Index = 100) Quelle: Strategische Bilanz der OÖGKK 2004	91
Abbildung 24: Mittelströme im österreichischen Gesundheitswesen Quelle: Paschinger, Schmadlbauer auf Basis einer Darstellung des BMGF (2004)	93

Abbildung 25: Darstellung der zu erwartenden Kosteneffekte innovativer Versorgungsmodelle Quelle: OÖ Landesrechnungshof 2005, Initiativprüfung, S.21	95
Abbildung 26: Gesundheitsausgaben und deren Finanzierungsträger	96
Abbildung 27: Gesamt Gesundheitsausgaben pro Kopf 1995-2000	129
Abbildung 28: Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung bei der Geburt	131
Abbildung 29: Zunahme der Lebenserwartung 1970-1992 und 1992-1997	133
Abbildung 30: Ländercluster nach Lebenserwartung in unterschiedlichen Altersgruppen 1997 Quelle: Europäische Kommission, 2003: Die Gesundheitssituation in der EU, S.9	134
Abbildung 31: Haupttodesursachen in verschiedenen Altersgruppen	135
Abbildung 32: Perinatalsterblichkeit 1970-1997	136
Abbildung 33: Müttersterblichkeit, alle Todesursachen: 1974-1997	137
Abbildung 34: standardisierte Sterberaten durch Straßenverkehrsunfälle bis 65	137
Abbildung 35: standardisierte Rate der Todesfälle durch Suizid und Selbstverletzung bei Männern unter 65 Jahren 1970-1997	138
Abbildung 36: standardisierte Rate der Todesfälle durch Suizid und Selbstverletzung bei Frauen unter 65 Jahren 1970-1997	139
Abbildung 37: Determinanten von Morbidität und Mortalität	141
Abbildung 38: Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben	142
Abbildung 39: Lebenserwartung von Männern und Frauen, EU-15, 1960-2000	143
Abbildung 40: Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, 2001	144
Abbildung 41: Änderung der Bevölkerung in % nach Altersgruppe, EU-15	145
Abbildung 42: Mortalität (akuter Herzinfarkt), Männer und Arbeitslosigkeit 1995 Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 52	146
Abbildung 43: Zahl der Besuche bei praktischen Ärztinnen und Fachärztinnen (in den letzten zwölf Monaten) 1998 Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 75	147
Abbildung 44: Zahl der Krankenhausentlassungen je 100.000 Einwohnerinnen und durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes im Vergleich zum EU-Durchschnitt 1998 Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 75	148
Abbildung 45: Zahl der von stationären Patientinnen im Krankenhaus verbrachten Nächte 1998 Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 75	149
Abbildung 46: Kosten-Nutzen-Funktion einer chronischen Erkrankung	153
Abbildung 47: Häufigkeit von Computertomographieuntersuchungen pro 1 Million Einwohner in Europa Quelle: Präsentation von Dr. Probst beim Universitätslehrgang für Public Health 2002-2004 (Quelle Health System Watch II/2000)	154
Abbildung 48: Einwohnerin je Ärztin mit § 2-Kassenvertrag, 31.12.2004	155
Abbildung 49: Einwohnerin je Ärztin für Allgemeinmedizin mit § 2-Kassenvertrag, 31.12.2004 Quelle: Hauptverbandsstatistik	156
Abbildung 50: Wegzeit der Patientinnen zur Ärztin; Vergleich OÖ zum Österreichschnitt	157
Abbildung 51: Inanspruchnahmen je 100 Anspruchsberechtigte der OÖGKK, alle Ärztinnen, 2003 Quelle: Inanspruchnahme Datenbank der OÖGKK (Behandlungsökonomie)	158
Abbildung 52: Inanspruchnahmen je 100 Anspruchsberechtigte der OÖGKK, Ärztinnen für Allgemeinmedizin, 2003	159
Abbildung 53: Inanspruchnahmen je 100 Anspruchsberechtigte der OÖGKK, Ärztinnen für Allgemeinmedizin, 2003	159
Abbildung 54: Honorar pro Fall, alle Ärztinnen, OÖGKK im Vergleich zu allen GKK's	161
Abbildung 55: Honorar pro Fall, Ärztinnen für Allgemeinmedizin, OÖGKK im Vergleich zu allen GKK'S Quelle: Honorar Datenbank der OÖGKK (Behandlungsökonomie), Ärztekosten Jahresstatistik	162
Abbildung 56: Honorar pro Fall, allgemeine Fachärztinnen, OÖGKK im Vergleich zu allen GKK'S	162

Abbildung 57: Lebenserwartung bei Geburt nach Bundesländern und Geschlecht, 2002	168
Abbildung 58: Lebenserwartung ab 60 Jahren nach Bundesländern und Geschlecht, 2002	169
Abbildung 59: Gestorbene 2002 nach Bundesländern auf 100.000 Einwohner.....	169
Abbildung 60: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems).....	170
Abbildung 61: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (böartige Neubildungen).....	170
Abbildung 62: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (böartige Neubildungen der Prostata)	171
Abbildung 63: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (böartige Neubildungen der Brustdrüse)	171
Abbildung 64: Gestorbene 2002 nach Todesursachen und Bundesländern auf 100.000 Einwohner (böartige Neubildungen des Dickdarmes)	172
Abbildung 65: Heilmittelkosten pro Anspruchsberechtigte in Euro nach Altersdekaden, 2003 (Schnitt € 204,27) Quelle: FOKO, 2003, Anspruchsberechtigte:HVB – Statistik Juli 2003	173
Abbildung 66: Kosten für ärztliche Hilfe in Euro pro Anspruchsberechtigte nach Altersdekaden, 2003 (Schnitt € 145,02).....	173
Abbildung 67: Altersverteilung in Österreich nach Bundesländern 2001	175
Abbildung 68: Zahlenmässige Entwicklung ausgewählter Lebensphasen 2001 – 2050 (Indexdarstellung 2001=100) Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004	180
Abbildung 69: Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung 1910 – 2001 – 2041.	182
Abbildung 70: Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung 2001 – 2021 – 2041 mit absoluten Zahlen der Altersgruppen 0-15 (grün), 16-60 (blau), älter als 60 (rot)	182
Abbildung 71: Bevölkerung Österreichs nach breiten Altersgruppen (absolut) 1869 – 2050	183
Abbildung 72: Bevölkerung Österreichs nach breiten Altersgruppen (in Prozent) 1869 – 2050	183
Abbildung 73: Folgen der demographischen Alterung für das Gesundheitssystem...	185
Abbildung 74: Mortalität nach Einkommen (Finnland).....	206

14 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: BIP, Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherung der Unselbstständigen.....	92
Tabelle 2: Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes.....	126
Tabelle 3: Gesamte Gesundheitsausgaben gemessen in Prozent des BIP für die EU, Schweiz, Japan und die USA.....	130
Tabelle 4: Verläufe des Berufslebens und Sterblichkeit Quelle: die soziale Lage in der EU 2003, S. 53.....	146
Tabelle 5: durchschnittliche Wegzeit zum Arzt in Minuten (Mikrozensus 1999)	157
Tabelle 6: Prozentanteil des Limitierten Umsatzes, 2. Quartal 2004	164
Tabelle 7: Entwicklung des relativen Anteils breiter Altersgruppen (in Prozent der Gesamtbevölkerung) Quelle: Kytir, Public-Health-Lehrgang 2003/2004	184
Tabelle 8: Potentielle Unterstützungsrates für ältere Menschen.....	184
Tabelle 9: Lebenserwartung in guter Gesundheit Österreich 1978 – 1998.....	185