

Ingrid Korosec

Ernest G. Pichlbauer

GESUNDE ZUKUNFT

ÖSTERREICHS GESUNDHEITSVERSORGUNG NEU

Diskussionsgrundlage zur Entwicklung neuer Strategien im Gesundheitswesen

Ingrid Korosec • Ernest G. Pichlbauer

Gesunde Zukunft

Österreichs
Gesundheitsversorgung Neu

Diskussionsgrundlage
zu neuen Strategien
im Gesundheitswesen

Ingrid Korosec • Ernest G. Pichlbauer **Gesunde Zukunft**

 Ingrid Korosec, geb. 1940, jahrzehntelange Praxis im Management der Privatwirtschaft, von 1983 bis 1986 Landtagsabgeordnete und Gemeinderätin in Wien, 10 Jahre Abgeordnete (ÖVP) zum Nationalrat, langjährige Generalsekretärin der Österreichischen Volkspartei, Volksamwältin in Wien von 1995 bis 2001. Seit April 2001 Landtagsabgeordnete und Gemeinderätin in Wien und Wiener ÖVP-Gesundheitssprecherin seit 2006 und Vorsitzende vom *absz*g Wiener Seniorenbund.

 Dr. Ernest G. Pichlbauer, geb. 1969, arbeitete bevor er sich der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsversorgungsforschung zuwandte, als Universitätsassistent an der Pathologie des Wiener AKH. Während seiner Zeit am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) war er unter anderem maßgeblich an den Arbeiten zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖStG) beteiligt und verfasste für die deutsche Bundesregierung mehrere HTA-Berichte.

Das Gesundheitswesen betrifft uns alle. Jeder von uns wird einmal Patient. Manchmal merkt er dann, dass doch nicht alles so funktioniert, wie die vielen Mächtigen in diesem System – von den Ärztekammern über die Sozialversicherungen bis hin zu den Landes- und Bundespolitikern – gerne behaupten.

Ingrid Korosec und Ernest G. Pichlbauer haben nachgedacht, wo die Fehler liegen, wer die nötigen Reformen verhindert, was man verbessern kann und was geändert werden muss. Sie scheuen nicht davor zurück, die „Verhinderer“ zu nennen und ihre Rolle in Frage zu stellen. Ihre Vorschläge fordern, nicht wie in der Gesundheitspolitik sonst üblich mehr Geld, sondern den richtigen Einsatz der vorhandenen Möglichkeiten. Sie wollen den Patienten tatsächlich zum Mittelpunkt des Gesundheitssystems machen, denn um den Patienten geht es, von dort kommt auch das Geld der Steuern und Beiträge.

Mit diesem mutigen Buch schlagen die Autoren neue Wege vor, die zwar vielen nicht gefallen werden, aber deren Umsetzung in die Zukunft weist.

ISBN: 978-3-902494-27-6

 9 783902 494276

  EDITION STEINBAUER

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	2
Einleitung	5
Der Patient steht im Mittelpunkt und dort allen im Weg	5
Gesundheit – Gesundheitsversorgung – Gesundheitspolitik – Gesundheitssystem	7
Entwurf eines neuen Gesundheitssystems	9
Dringender Reformbedarf	12
Kurzes Brevier über das heutige Gesundheitswesen	18
Prävention:.....	18
Kuration	20
Rehabilitation:	22
Pflege.....	22
Palliation	24
Gesundheit – Gesundheitsversorgung	25
Gesundheit	25
Gesundheitsversorgung – Public Health.....	25
Die Situation in Österreich	30
Evidenzbasierte versus Eminenzbasierte Gesundheitspolitik	32
Hintergrund	32
Eminenzbasierte Gesundheitspolitik	33
Finanzielle Konsequenzen eminenzbasierter Gesundheitspolitik	35
Evidenzbasierte Gesundheitspolitik	35
Evidenzbasierte Medizin – EBM	35
Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung – EBGV	37
Leitlinien	37
Health-Technology Assessment-Berichte (HTA-Berichte)	38
Finanzielle Konsequenzen evidenzbasierter Gesundheitspolitik	40
Organisation evidenzbasierter Gesundheitspolitik	43
Kritik an evidenzbasierter Gesundheitspolitik	43
Abschließende Bemerkung.....	44
Die Situation in Österreich	45
Analyse eines Gesundheitssystems	46
Hintergrund	46
Akteure	48
Patienten.....	48
<i>Die Situation in Österreich</i>	50
Politik	51
Aktiver Politikeinfluss.....	51
Passiver Politikeinfluss.....	52
<i>Die Situation in Österreich</i>	53
Spezialisten und Experten	54
<i>Die Situation in Österreich</i>	57
Berufsgruppen	58
<i>Die Situation in Österreich</i>	60
Dienstleistende Institutionen.....	61
Strukturqualität	63
Prozessqualität	65
Ergebnisqualität.....	67
Zusammenfassende Bemerkung	70
<i>Die Situation in Österreich</i>	71
Geldgeber	72
Kapitalgedeckte Systeme	73
Umlagefinanzierte Systeme	74
Selbstbeteiligung, Selbstbehalt, Kostenbeteiligung (Privatanteil)	77
Zusammenfassende Bemerkung	79
<i>Die Situation in Österreich</i>	80
Steuerung der Gesundheitsversorgung	83
Integrierte versus desintegrierte Versorgung	83
Marktwirtschaftliche versus demokratische Elemente	84
Zusammenfassende Bemerkung.....	86
<i>Die Situation in Österreich</i>	87
Zusammenfassung	87
Entwurf eines neuen Systems	89
Problem	89
Von den Reförmchen zur Reform	92
Ein visionäres und gerechtes Gesundheitssystem	93
Von den vielen zu dem einen Geldgeber	94
Ein demokratisiertes und steuerfinanziertes System.....	95
Der Bund zahlt alles – die Gemeinden geben alles aus	96
Von der Intransparenz zur Transparenz	98
Ein modernes Dokumentationssystem	99
Ein nationales und transparent arbeitendes Public-Health-Institut	100
Ein transparentes und evidenzbasiertes Kennzahlensystem	101

Ein einheitlicher, evidenzbasierter Leistungskatalog und eine transparente Kostenberechnung.....	101
Von den unfassbaren zu den fassbaren Geldströmen	104
Selbstbehalte werden zu monetären Anreizsystemen	105
Bonus-Malus-Systeme	106
Pay-for-Performance-Modelle	108
Preisbildung und Direktbezahlung im ambulanten Versorgungsbereich.....	108
Regionale Steuererhöhung bei „Misswirtschaft“	109
Von der Desintegration zur Integration	110
Pflege als solidarisch finanzierte Leistung.....	110
Case-Management-Modell für pflegebedürftige Personen	111
Primärarztzentrierte Versorgungsmodelle	113
Leitbild eines Primärarztes in einem integrierten Versorgungssystem	113
Von den Strukturen zu den Prozessen	114
Ein flexibles Gesundheitssystem	115
Ein abgestuftes ambulantes Versorgungssystem	115
Einzelpraxis eines Hausarztes:	116
Gruppenpraxis mit Allgemeinmediziner:	117
Facharzt-Gruppenpraxis:.....	117
Gruppenpraxis mit Tagesklinik:.....	118
Tagesklinik im Krankenhaus:	119
Ein abgestuftes stationäres Versorgungssystem	119
Gesundheitszentrum:	120
Standardkrankenhaus:	121
Spezialkrankenhaus – Rehabilitationszentrum:	121
Schwerpunktkrankenhaus:	121
Universitätskliniken:.....	122
Von den Institutionen zur Versorgung.....	122
Struktur / Aufgabenverteilung / Organisation / Arbeitsmechanismus	124
Leistungsangebotsplanung (Bottom-Up):.....	124
Qualitätssicherung (Top-Down):.....	126
Zusammenfassung	129

Vorwort

Als Gesundheitssprecher der ÖVP Wien habe ich mich jahrelang mit dem Gesundheitssystem beschäftigt und einen guten Einblick in die Spitalslandschaft und die ambulante Versorgung gewonnen. Als jahrelang selbst betroffener Patient habe ich die Notwendigkeit idealer Betreuung am eigenen Leib erfahren, aber auch von den Spitzenleistungen des österreichischen Gesundheitssystems profitiert. Daher hat das dringende Anliegen, diese Versorgung nachhaltig zu garantieren, auch ein tiefes persönliches Fundament. Unsere Gesellschaft steht angesichts der demographischen Entwicklung – zusätzlich zum Erhalt der spitzenmedizinischen Versorgung für alle auf Basis einer solidarischen Finanzierung – vor der Herausforderung, für die immer älter werdenden Menschen würdevolle Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Nicht alles kann hier der Staat leisten, aber eine Grundversorgung im Rahmen des Gesundheitssystems gemäß der WHO-Definition müssen wir hinkünftig gewährleisten. Dafür bedarf es einer enormen Effizienzsteigerung im System.

In meiner Zeit als Stadtrat habe ich gemeinsam mit meiner Kollegin Ingrid Korosec, Wiener Landtagsabgeordnete und Volksanwältin a. D., und dem Arzt und Gesundheitsökonom Ernest Pichlbauer das derzeitige System genau analysiert und wir haben an Ideen gearbeitet, wie ein solcher Systemumbau aussehen kann.

Österreich investiert viel in sein Gesundheitssystem und das ist gut so. Dennoch kracht es in den Krankenkassen und die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt aufgrund von Systemmängeln bei aller Bemühung seitens der Ärzteschaft und des pflegenden Personals, teilweise suboptimal. Das liegt vor allem daran, dass die Menschen nicht immer dort versorgt werden, wo sie mit ihren Beschwerden idealerweise untergebracht wären. Aufgrund eines komplexen Finanzierungssystems und geteilter Kompetenzen zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger steht oft nicht das Wohl der/des Einzelnen im Vordergrund, sondern systemimmanente Argumente der Kostenaufteilung und Aufgabenverteilung. Es gibt über 20 Sozialversicherungsträger mit unterschiedlichen Tarifen, separaten Einrichtungen und vielem mehr, was einer effizienten Struktur und einer Transparenz zuwiderläuft.

Die Aufgabe der Politik muss es sein, für die Menschen in diesem Land eine bestmögliche und solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung – um die uns international viele beneiden – zu erhalten. Um die sich laufend weiterentwickelnde Gesundheitsversorgung für alle bereit zu stellen, muss jedoch das Gesundheitssystem verbessert werden. Gesundheit umfasst aber mehr als Diagnose und Therapie: der Gesundheitsbegriff der WHO beinhaltet die Prävention (Krankheitsvermeidung), die Kuration (Behandlung/Heilung), die Rehabilitation (Wiederherstellung) sowie die Pflege und schließlich die Palliation (Linderung der Krankheitsbelastung). Wenn wir diese Bereiche für die Österreicherinnen und Österreicher langfristig auf jenem Qualitätsniveau organisieren wollen, das seitens der Politik versprochen wird, müssen wir uns überlegen, wie das nachhaltig finanziert werden kann, wie Strukturen optimiert werden müssen und was das für die Betroffenen (Ärzteschaft, pflegendes Personal, Patientenschaft und Verwaltungsorgane) bedeutet.

Dazu bedarf es eines gehörigen Maßes an Ehrlichkeit – was läuft gut, was weniger? Wo funktioniert unser System effizient? Wo gibt es Verbesserungsbedarf? Wo kann der Staat steuern, wo können Demokratie und Wettbewerb das System verbessern?

Ernest Pichlbauer und Ingrid Korosec haben ausgehend von unseren intensiven Diskussionen im Jahr 2006 nun ein Buch geschrieben, das unsere Ideen vertieft und Vorschläge für einen

Systemumbau, der nachhaltige Versorgungssicherheit gewährleistet, beinhaltet. Mit vielen dieser Anregungen stimme ich überein.

Mein Wunsch ist, dass dieses Buch einen wesentlichen Beitrag zur wichtigen Diskussion um die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems liefert. Wir müssen uns heute mit diesen Fragen auseinandersetzen, denn ein Systemwandel braucht auch Zeit. Diese abzuwarten, können und dürfen wir von leidenden Menschen nicht erwarten. Daher nehmen wir die Anregungen dieses Buches und diskutieren sie heute, damit wir morgen mit einer Effizienzsteigerung, höheren Transparenz und einem nachhaltigen Systemumbau beginnen können und auch übermorgen allen Österreicherinnen und Österreichern eine umfassende Gesundheitsversorgung gewährleisten können!

Johannes Hahn
Bundesminister für Wissenschaft und Forschung
Landesparteiobmann der ÖVP Wien

Einleitung

Der Patient steht im Mittelpunkt und dort allen im Weg

Auslöser dieses Buch zu schreiben, war die Diskussion um die Pflegeversorgung in Österreich. Eine solche Diskussion wäre zu rechtfertigen, wenn in Österreich das Gesundheitssystem privatisiert wäre. Wahrscheinlich würde die Diskussion auch stimmen, wenn wir mit den Ausgaben für das Gesundheitssystem irgendwo an letzter oder vorletzter Stelle in der OECD lägen. Eventuell wäre diese Diskussion auch gerechtfertigt, wenn man sie vor 20 Jahren geführt hätte. Heute und in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem, das zu den teuersten der Welt gehört und sich selbst gerne als das beste bezeichnet, ist diese Diskussion jedoch unwürdig.

Der Grund, warum es überhaupt zu einer solchen Diskussion kommen musste, hängt stark mit der Unwilligkeit zusammen, im Gesundheitsbereich substantielle Reformen umzusetzen.

Jeder, der irgendwie irgendetwas im Gesundheitssystem zu reden hat, verteidigt sein Revier – und das seit immerhin 50 Jahren sehr erfolgreich. Es ist also nicht verwunderlich, dass wir in Österreich Strukturen haben, die wie aus einer anderen Zeit anmuten. Da sich jedoch die Welt weiterdreht und die demographischen und medizinischen Entwicklungen auch vor Österreich nicht halt machen, egal wie sehr sich das manche wünschten, sind diese Strukturen mittlerweile anachronistisch geworden.

„Wie sehr“ uns der alte Mensch am Herzen liegt, sieht man alleine schon daran, dass das Fachgebiet der geriatrischen Medizin gar nicht existiert, gerade einmal ein Fortbildungsdiplom der Ärztekammer gibt es dafür. Googelt man nach den Begriffen „geriatrische Rehabilitation“, erhält man 214 000 deutschsprachige Einträge – aus Österreich stammen 308. Ein „Geriatricplan“ in Analogie zu Kinderversorgungsplänen oder Strukturplänen gibt es eigentlich nicht. Und wenn, dann ist das meist nicht mehr als eine Auflistung von Pflegeheimen und Absichtserklärungen. Eine den Prozessen entsprechende und bedarfsgerecht abgestufte Versorgung gibt es demnach in der Pflege genauso wenig wie in der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Was es allerdings sehr wohl gibt, ist die Verdrängung der Patienten in andere Versorgungsstrukturen, wie dem Krankenhaus. Aus gesamtwirtschaftlicher Betrachtung ist das jedoch Irrsinn, da ein Krankenhaus vermutlich mindestens doppelt so teuer und fachlich

falsch qualifiziert ist, als die eigentlich benötigte und bedarfsgerechte Struktur. Anders ausgedrückt, könnte man, wenn man sich auf eine große Reform einigt, für das gleiche Geld doppelt so viele pflegebedürftige Personen betreuen! Und wenn man dann auch noch vernünftige Konzepte für die Pflegeversorgung (insbesondere abgestufte Modelle) entwickelt, dann sind es vermutlich drei oder vier Mal so viele – ohne dass der Patient was zahlen müsste. Und wenn man die Kuration endlich gemeinsam mit dem Pflegebereich abstimmen würde, dann könnte man sich sämtliche Selbstbehalte in der Pflege überhaupt sparen und die Pflege solidarisch finanzieren – ohne Beiträge erhöhen zu müssen.

In der Pflege besteht ein noch größerer Reformbedarf als in der Kuration. Es fehlen geeignete Definitionen, die die Leistungen der öffentlichen Hand von Privatleistungen klar trennen, die Abstufung der Angebote ist nicht am Bedarf der pflegebedürftigen Personen ausgerichtet, die Abstimmung des Leistungsgeschehens mit angrenzenden Bereichen fehlt komplett. Und solange Krankenhäuser kostenlos sind, und Pflege dem einzelnen viel Geld kostet, wird eine Strukturbereinigung nicht angenommen werden.

Die Forderung liegt klar auf dem Tisch: Wenn nicht alle Bereiche der Gesundheitsversorgung integrale Bestandteile eines solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitssystems werden, und für die Pflege nicht der gleiche Anspruch gilt wie für die Kuration und nur wenn es nicht endlich auch zu einer Gleichberechtigung der Prävention und Palliativversorgung kommt, dann wird Österreich nie zu Recht behaupten können, „ja wir haben ein gutes Gesundheitssystem“ und schon gar nicht „wir haben das beste der Welt, und das gratis“.

In diesem Buch soll – unter deutlicher Vereinfachung – das Gesamtsystem dargestellt und Lösungsansätze für die Zukunft geboten werden. Bei dem Versuch, das System darzustellen und trotzdem verständlich zu bleiben, sind daher viele Unschärfen enthalten. Wir vermuten stark, dass es keinen Menschen mehr gibt, der das österreichische System noch in jedem Detail kennt, aber viele, die ihren Detailbereich beherrschen. Jede der 23 Krankenkassen und 10 Ärztekammern, jedes der neun Bundesländer, jeder der unzähligen Spitalsträger, und jede der Sozialstellen etc. wird im heutigen System – besser sollte man von Systemen sprechen – eine eigene, nicht vergleichbare Realität gefunden haben. Da aber das Zielpublikum weniger aus Experten, sondern mehr aus „einfachen“ Politikern“ bestehen soll, akzeptieren wir bereits jetzt alle Kritik aus den Ecken der Experten. In der Hoffnung, dass weiterhin alle Entscheidungsträger an ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem glauben, sollte man aber die Detailunschärfen nicht als Grund nehmen, aus einem dringend notwendigen Diskussionsprozess auszuschneiden oder ihn aufzuhalten. Wenn es nicht gelingt, das Argument „bei den anderen kann das ja funktionieren, aber sicher nicht bei uns“ zu durchbrechen, wird es unmöglich sein, ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten

Damit kommen wir zum Sinn des vorliegenden Buches. Es ist leider nicht nur selten feststellbar, dass es den Entscheidungsträgern im österreichischen Gesundheitswesen an Überblick und Visionen fehlt. Das Wissensdefizit ist oftmals erschreckend groß. In der Regel wird dieses Defizit durch Standardansagen aus der Position des eigenen Machtkomplexes übertüncht. So hört man seitens der Ärztekammern gern, dass das soundso reichste Land der Welt mehr Geld für Gesundheit ausgeben muss – ohne zu erklären, warum man mit dem bereits vorhandenen Geld nicht auskommt. Seitens der Sozialversicherungen hört man, dass sie durch die Politik ausgehungert werden und mehr Geld vorhandene Probleme lösen würde. Dabei gibt es noch nicht einmal ein Sozialversicherungsinternes Modell, was zu finanzieren ist, geschweige denn ein geeignetes Steuerungsinstrument. Mit anderen Worten, sollten die Versicherten sich darauf verlassen, dass Kammern und Krankenversicherungen schon wissen, was gut für sie ist, auch wenn sie es nicht sagen können, man solle ruhig die Katze im Sack kaufen. Und seitens der Spitalsträger und Länder hört man, dass der Bund mehr Geld bereitstellen muss, weil man sich die Krankenhäuser nicht leisten kann – und das, obwohl bereits seit 1969 bekannt ist, dass es im österreichischen Spitalswesen an einem geeigneten

Konzept zur Abstimmung der Leistungen in den Spitälern fehlt und wir viel zu viele Betten haben. Jeder will mehr Geld, keiner will mit dem anderen reden. Selbst die OECD, deren diplomatisches Vorgehen oft übermäßig träge wirkt, hat für Österreich 10 % Sparpotential ausgerechnet (das sind ca. 2,6 Milliarden Euro, eine Summe, die noch keine Steuerreform erreicht hat). Vielleicht kann durch dieses Buch das gegenseitige Wissensdefizit soweit ausgeglichen werden, dass wenigstens ansatzweise ein aufeinander Zugehen möglich wird und der Teufelskreis der einnahmenseitigen Reparatur unterbrochen wird.

Wenn durch das Buch eine breitere und fundiertere Diskussion losgetreten werden kann, wie das österreichische Gesundheitssystem umzubauen ist, wenn durch das Buch etwas mehr Ehrlichkeit statt Schlagzeilenpolitik entsteht, wenn durch das Buch mehr Verständnis für die Gegenseite entsteht, wenn durch das Buch statt dem eigenen Machterhalt, der Bürger und der Patient Ausgangspunkt der Überlegungen wird, dann hat es sein Ziel erreicht.

Die meisten Kapitel des Buches sind so aufgebaut, dass im ersten Teil dargestellt wird, was zum Thema verstanden werden sollte. Im zweiten Teil des Kapitels wird dann die Situation in Österreich beschrieben. Durch direkte Gegenüberstellung erhoffen wir aufzeigen zu können, wo man Reformen ansetzen muss, wenn man Erfolg haben will.

Im letzten Teil des Buches wird dann ein Gesundheitswesen entworfen, das unserer Meinung nach mittelfristig unbedingt notwendig ist, von dem wir aber auch wissen, dass in der heutigen politischen Realität dazu noch der Mut fehlt.

Gesundheit – Gesundheitsversorgung – Gesundheitspolitik – Gesundheitssystem

Es ist seit mindestens 40 Jahren bekannt, dass das österreichische Gesundheitssystem erheblichen Reformbedarf aufweist. Dass es bis vor kurzem noch effektiv war, hängt maßgeblich damit zusammen, dass immer mehr Geld in das System gepumpt wurde. Dass es jetzt trotz immer höherer Kosten jeden Tag etwas mehr an Effektivität verliert, ist im Wesentlichen auf zwei ineinander greifende Faktoren zurückzuführen: Demographie und Struktur. Die demographischen Veränderungen werden die Kostenschraube weiter andrehen und die Strukturen sorgen dafür, dass diese Kosten von immer weniger Personen getragen werden müssen. Das einzige, das aktiv verändert werden kann, sofern man nicht eine explodierende Steuer- und Beitragsbelastung will, sind die Strukturen – doch die werden von den aktiven Machtkomplexen mit Zähnen und Klauen verteidigt.

In den ersten drei Kapiteln wird anhand einer systemtheoretischen Analyse aufgezeigt, warum es, so wie es ist, nicht funktionieren kann und wo es hingehen wird, wenn es zu keinen Reformen kommen sollte.

Es beginnt damit, dass auf den Ebenen der politischen Entscheidungsträger kein klares Verständnis dafür existiert, was man eigentlich als Gesundheitsversorgung haben will. Da es zu keinen eindeutigen politischen Aussagen kommt, ist es auch verständlich, dass die zersplitterte Gesetzeslage eine gesamthafte und bundesweite Strategie nicht zulässt. Eine ernsthafte Diskussion über Ressourcen wird nicht geführt, ebenso wenig über eventuelle wissenschaftlich fundierte Prognosen. So besteht eine naive Hoffnung, es kann alles bleiben, wie es ist. Die Gesundheitsversorgung in Österreich wird durch Interessensvertretungen, politische Parteien und einflussreiche Persönlichkeiten gesteuert und sie bewegt sich immer weiter weg von „vernünftigen“ Strukturen. Österreich kann als Paradebeispiel eminenzbasierter Gesundheitspolitik bezeichnet werden. Was zu geschehen hat und was richtig ist, wird nicht begründet, sondern von den entsprechenden „Meinungsbildnern“, den „Eminenzen“ behauptet. In keinem Land der Welt hat so ein System funktioniert und, mit Ausnahme einiger weniger Länder, gibt es daher dieses System auch nicht mehr. Als einzig vernünftig hat sich die evidenzbasierte Gesundheitspolitik erwiesen. Sie ist der einzige

Garant, der die Qualität der Versorgung aufrecht erhalten kann, den größten Nutzen für die eingesetzten Mittel erzielt und als nicht zu vernachlässigender Seiteneffekt der nationalen medizinischen Forschung einen deutlichen Impuls gibt.

Ein System funktioniert immer nur dann gut, wenn im System nur einer den Ton angeben kann. Sobald ein zweiter Akteur versucht, dem System „seinen Rhythmus“ aufzuzwingen, kracht es im Getriebe. Gesundheitssysteme bestehen aus unzähligen Akteuren. Alle behaupten, dass sie sich um die Gesundheit des Patienten kümmern, der, wie oft vergessen wird, ebenfalls ein Akteur des Gesundheitssystems ist. Die Gesundheit des Patienten gilt in Gesundheitssystemen als gemeinsames Ziel aller Akteure. Wenn es jedoch nicht einmal mehr möglich ist, dieses Ziel gemeinsam zu finden, wie will man dann verhindern, dass nicht jeder Akteur sein eigenes Ziel verfolgt? Durch die fehlenden politischen Vorgaben und auch weil in der Vergangenheit die Politik sich davor gedrückt hat, harte Entscheidungen zu treffen, ist die Zahl der Akteure unüberschaubar geworden. Die klassischen Gesundheitsbereiche Prävention (Vorsorgemedizin), Kuration (Akutmedizin), Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung sind dadurch in nicht mehr aufeinander abgestimmte Einzelsysteme zerfallen. In jedem Einzelsystem haben sich Machtkomplexe entwickelt. Diese wieder in ein System zu integrieren, ist eine scheinbar unmögliche Aufgabe und wird durch ein undurchdringliches Geflecht von, in der Regel verfassungsmäßig abgesicherten Akteuren (Länder, Ärztekammern, Pensionsversicherungen, Krankenkassen etc.) verhindert. Eine Reform des österreichischen Gesundheitswesens wird daher bestimmt mit enormem Wehklagen aller Machtkomplexe verbunden sein. Alternativ zu einer Reform ist jedoch nur die Entsolidarisierung des Gesundheitssystems, was soviel bedeutet wie den freien Kräften des Marktes das Feld zu räumen. Um das zu verhindern, ist das Wehklagen der Machtkomplexe hinzunehmen!

Systemtheoretisch lassen sich folgende Punkte festhalten:

1. Da es in einem Gesundheitssystem primär darum geht, dem Patienten eine adäquate Versorgung zu gewährleisten, und nicht darum, den Leistungsanbietern eine ihnen angenehme Arbeitsituation bereitzustellen, sollte das Ziel eine integrierte Versorgung sein.
2. In einem integrierten System sind Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung so aufeinander abgestimmt, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten.
3. Gesundheitssysteme sind komplexe Systeme, daher neigen sie dazu, in Subsysteme zu zerfallen. Wenn das passiert, dann ist das Ziel einer integrierten Versorgung nicht erreichbar.
4. Je mehr Akteure in einem Gesundheitssystem „tonangebend“ sind, desto mehr Subsysteme wird es geben und desto unkontrollierbar, unsteuerbar und somit desintegrierter wird das System. Damit ist neben einer schlechten Patientenversorgung auch eine unkontrollierbare Kostensteigerung verbunden.
5. Patienten sind genauso potentielle Akteure, wie die Geldgeber, die Spezialisten, die Berufsgruppen oder die in einem Gesundheitssystem tätigen Institutionen (von der Arztpraxis bis zu Public-Health-Instituten).
6. Um die Entwicklung eines desintegrierten Gesundheitssystems hintanzuhalten oder ihr gegenzusteuern, sind geeignete Steuerungsinstrumente einzusetzen. Planwirtschaftliche Instrumente sind zur Steuerung ungeeignet. Komplexe Systeme und damit Gesundheitssysteme lassen sich nur über demokratische oder marktwirtschaftliche (Wettbewerb!) Instrumente steuern.

7. Demokratie und Wettbewerb sind als Steuerungsinstrumente in effektiver und ausgewogener Weise einzusetzen. Es ist darauf zu achten, dass die Instrumente, die man einsetzt, nicht von monopolistischen Bestrebungen einzelner Personen oder (politischen und wirtschaftlichen) Interessensgemeinschaften unterwandert und außer Kraft gesetzt werden.
8. Werden Steuerungsinstrumente in einem Gesundheitssystem eingesetzt, dann muss dies so geschehen, dass der Interessensausgleich zwischen allen Akteuren, möglich ist. Wird durch die Steuerung darauf nicht Rücksicht genommen, dann entsteht ein paralleler „Schwarzmarkt“.
9. Allen Akteuren in einem Gesundheitssystem ist jene Freiheit zu gewähren, die sie brauchen, um zusammenwirken zu können, aber keinesfalls so viel Freiheit, dass sie in desintegrierende Subsysteme zerfallen können.
10. Unabhängig, ob zur Steuerung über Wettbewerb oder Demokratie oder durch beide zusammen erfolgt, jede Entscheidung muss transparent sein.
11. Transparenz ist nur möglich, wenn die Entscheidungsträger und insbesondere die Politik sich transparenter Entscheidungsgrundlagen bedienen. Eine Möglichkeit dafür ist die Etablierung der evidenzbasierten Medizin.

Entwurf eines neuen Gesundheitssystems

Im neuen Gesundheitssystem wird von folgenden Grundsätzen ausgegangen:

- (1) Alle präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen, gesundheitserhaltenden, pflegenden oder palliativen Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die sich mit Krankheiten, Symptomen oder Verhaltensstörungen, die ein Individuum aufweist, seien sie körperlich, seelisch, inklusive der zellulären und genetischen Information, den Strukturen oder Funktionen des Körpers oder eines Teils des Körpers befassen, gehören zur Gesundheitsversorgung und stehen im Interesse der Öffentlichkeit. Daher sind sie auch durch die demokratisch legitimierten Vertreter der Öffentlichkeit zu regeln.
- (2) Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen der Gesundheitsversorgung, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt werden kann, sind Teil des öffentlichen Gesundheitssystems. Ein nationales, unabhängiges, wissenschaftliches und transparent arbeitendes Public-Health-Institut, das in enger Zusammenarbeit sowohl mit den Universitäten, als auch den politischen Entscheidungsträgern zusammenarbeitet, legt fest, welche Leistungen zur Gesundheitsversorgung gehören und welche anderen Bereiche (z. B.: Wellness, Arbeitswelt, soziale Prävention und Reintegration etc.) zuzurechnen sind. Die Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems werden in Katalogen geführt, die in englischer und deutscher Sprache im Internet publiziert werden müssen.
- (3) Alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems sind rund um den Patienten und entlang dem Verlauf von Krankheiten zu organisieren, damit Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten. Die dazu notwendige wissenschaftliche Grundlage liefert das nationale Public-Health-Institut, die Organisation erfolgt durch das öffentliche Gesundheitssystem, die Kontrolle, inwieweit das System integriert funktioniert, erfolgt anhand von Indikatoren, die durch das nationale Public-Health-Institut aufgestellt und erhoben werden. Die Indikatoren müssen im Internet publiziert werden.

- (4) Durch die Politik wird auf Bundesebene festgelegt, welcher Anteil der Steuereinnahmen des Bundes für die Gesundheitsversorgung ausgegeben wird. Entsprechend den vorhandenen Mitteln müssen alle damit finanzierbaren Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems der Bevölkerung über das öffentliche Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden. Sollten nicht alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems, die in den veröffentlichten Katalogen geführt werden, durch die festgelegten Mittel finanzierbar sein, ist durch die Vertreter der Öffentlichkeit so dezentral wie möglich eine Priorisierung vorzunehmen oder die Mittel der Gesundheitsversorgung regional zu erhöhen.
- (5) Alle durch Steuern finanzierte Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems sind unabhängig vom Alter und Einkommen in gleicher Qualität mit dem gleichen und niederschweligen Zugang zu gewähren.

Von diesen Grundsätzen, die in der Verfassung zu verankern und in allen betreffenden Gesetzen einzupflegen sind, ausgehend wird ein neues Gesundheitssystem entwickelt. Das Ziel ist, die Steuerung und Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems in die Hand der demokratisch legitimierten Organe zu legen. Um gegenüber dem Steuerzahler den vernünftigen Einsatz der Steuergelder garantieren zu können, werden die Inhalte und Details der Versorgung auf eine transparente und wissenschaftliche Basis gestellt.

Alle Beiträge, die aktuell für die Sozialversicherungen und für die Gesundheitsversorgung eingehoben werden, werden abgeschafft. Im zweiten Schritt müssen diese „Einnahmenverluste“ durch Bundessteuern kompensiert werden. Ob es zu einer Erhöhung von direkten oder indirekten Steuern kommt, welche sozialen Komponenten eingebaut werden oder welche Schwerpunkte gesetzt werden sollen, wird in der Entscheidung der Politik liegen – dort gehört sie hin.

Die dezentralsten und kleinsten demokratischen Einheiten in Österreich sind die Gemeinden und daher der Bevölkerung, dem Souverän, am nächsten. Da die Gemeinden aber als einzelstehende Organisationseinheiten meist zu klein sind, um eine abgestufte und funktionierende Gesundheitsversorgung aufzubauen, sind mehrere Gemeinden in Gesundheitsregionen zusammenzufassen, die gemeinsam für die Versorgung der Bevölkerung zuständig werden. Die Bildung dieser Gesundheitsregionen müssen entsprechend der realen Versorgungssituation und nicht nach Bundesländergrenzen gebildet werden. Eine Gesundheitsregion ist die kleinste Organisationseinheit des öffentlichen Gesundheitssystems. Jede Gesundheitsregion erhält einen bestimmten Betrag, der sich nach dem Alter, dem Geschlecht, besonderen Krankheitsverläufen und regionalen Kaufkraftunterschieden richtet. Die Daten dazu müssen nach wissenschaftlichen Regeln transparent erstellt werden. Mit dem zur Verfügung gestellten Budget ist regional und verantwortlich die Gesamtversorgung – von der Prävention über die Kuration, die Rehabilitation und Pflege, bis zur Palliation – zu organisieren.

Die regionalen politischen Entscheidungsträger werden Monopoleinkäufer, die den regionalen Anbietern gegenüber stehen. Es bleibt der Region überlassen, ob sie diese Leistungen selbst erbringt oder von Dritten „zukauf“. Egal wie die Entscheidung auch ausfällt, Geld wird der Leistung folgen. Sollte eine Region mit den zur Verfügung gestellten Budgetmitteln nicht auskommen, sind dezentral durch regionale Steuern oder Selbstbehalte die Einnahmen zu erhöhen. Keinesfalls darf es zu einer „Verschiebung“ der Kosten auf andere kommen. Keinesfalls dürfen unter dem Titel der Gesundheitsversorgung Schulden aufgebaut werden. Die bundesweit einheitlichen Dokumentationsanforderungen werden komplett neu definiert. Daten, über die nicht unter Veröffentlichung des gesamten Datenmaterials (natürlich entsprechend den Datenschutzbestimmungen und unter Wahrung absoluter Anonymität der

Patienten!) berichtet wird, dürfen auch nicht erhoben werden. Die Zeit der Datenfriedhöfe muss vorbei sein.

Um die Datenqualität zu sichern, müssen alle erhobenen Daten so ausgerichtet sein, dass eine internationale Vergleichbarkeit herstellbar wird. Zudem muss der Patient seine gesamten Daten jederzeit einsehen und selbst vergleichen können. Die Realisierung dieser Vorhaben erfordert eine fundierte e-Health-Strategie.

Ein nationales, unabhängiges und transparent arbeitendes Public-Health-Institut wird mit den erhobenen Daten ein Kennzahlensystem zu nationalen als auch internationalen Vergleichen im Rahmen von Benchmarking-Programmen erstellen. Jede Region wird über diese Kennzahlen dargestellt. Die Berichte des Instituts werden im Internet auf Englisch und Deutsch publiziert.

Durch das Ministerium wird ein autorisierter für ganz Österreich gültiger Katalog aller Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind, aufgelegt. Der Katalog wird für die zu finanzierenden Leistungen zudem klare epidemiologische Aussagen pro Gesundheitsregion haben und pro Leistung eine Plankostenkalkulation auf Basis der Kostenrechnungsvorschriften des Bundes darlegen. Dieser Katalog dient als Tarifkatalog und ist das Kernstück aller Planungen des österreichischen Gesundheitssystems.

Die stationäre Versorgung erfolgt nach dem sogenannten Sachleistungsprinzip. Der Patient hat also Anspruch auf eine stationäre Versorgung. Die Gesundheitsregion hat die stationäre Versorgung (sowohl Krankenhäuser als auch Pflegeeinrichtungen) vorzuhalten und zu bezahlen.

Im gesamten ambulanten Bereich wird hingegen vom Sachleistungsprinzip auf das Geldleistungsprinzip umgestellt und das „Wahlarztsystem“ eingeführt.

An die Stelle der heutigen Selbstbehalte sind monetäre Anreizsysteme einzuführen. Es wird eine Obergrenze von 20 % der Gesamteinnahmen (gegenüber 25 % bis 35 % heute) festgelegt. Folgende Systeme sind einzuführen:

1. Bonus-Malus-Systeme in strukturierten Präventionsprogrammen und Behandlungsprogrammen für Volkskrankheiten
2. Pay-for-Performance-Modelle für ambulante Leistungsanbieter
3. Regionale Steuererhöhung bei „Misswirtschaft“

Um die integrierte Versorgung rasch umsetzen zu können, sind zwei Programme einzuführen:

1. Pflege als solidarisch finanzierte Leistung
2. Primärarztzentrierte Versorgungsmodelle

Die heutigen Versorgungsstrukturen sind zu wenig abgestuft, um effizient entlang des Krankheitsverlaufes ausgerichtet zu werden. Es sind abgestufte Strukturen sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung umzusetzen, die eine bedarfsgerechte Versorgung entlang des Krankheitsverlaufes ermöglicht. Jede Struktur, die eine Akutbehandlung durchführt, muss entweder in der Einrichtung selbst oder in unmittelbarer Nähe Pflegeeinrichtungen führen. Die Pflege ist Teil des öffentlichen Gesundheitssystems und wird daher, wie alle anderen Leistungen, solidarisch organisiert und finanziert. Die Rehabilitation ist ebenso in das Leistungsspektrum aufzunehmen, wie die Prävention und Palliation.

Als organisatorischer Rahmen ist ein Gesundheitsagentur-System auf drei Ebenen einzuführen: Das Selbstverständnis des Gesundheitsagentur-Systems muss es sein, zu helfen, die im System befindlichen Gelder mit größtmöglicher Akzeptanz der Bevölkerung, der Patienten und der Berufsgruppen optimal einzusetzen. Die Entscheidung bleibt grundsätzlich immer und nur den demokratisch entsendeten Vertretern vorbehalten. Auf Ebene der

einzelnen Gemeinde sind Gesundheitskonferenzen einzurichten, die auf Gesundheitsregionsebene als Regionale Gesundheitsagentur organisiert sind. Auf Bundesebene wird die Bundesgesundheitsagentur eingerichtet. Die Leistungsangebotsplanung wird anhand epidemiologischer Studien unter Berücksichtigung regionaler Informationen erfolgen. Die Qualitätssicherung wird zentral gesteuert.

Dringender Reformbedarf

Bevor wir uns ausführlich der Gesundheitsversorgung in Österreich und möglichen Reformen zuwenden, sollen zunächst die zahlreichen Probleme und Schwierigkeiten der derzeitigen Situation in Österreich aufgezeigt werden:

- Das österreichische Gesundheitswesen zeigt das Bild beachtlicher Verschiedenheit durch unterschiedlichste Träger (Landesregierungen, Gemeinden, Religionsgemeinschaften, Kassen, Versicherungen, etc.), wodurch eine überregionale Zusammenarbeit zugunsten von „Eigeninteressen“ behindert wird.
- Die Existenz so vieler Träger ist nicht geeignet, die Entwicklung eines rationellen, aufeinander abgestimmten und reibungslos funktionierenden Systems zu fördern. Die Träger sind oft klein und von beschränkter Finanzkraft. Es besteht ein Mangel an Zusammenarbeit verschiedener Spitäler.
- Die Bundesregierung hat keine Kompetenzen, den Trägern verbindliche Weisungen zu erteilen.
- Einige der „hochspezialisierten Fächer“ (z. B. Urologie) sind auf zu viele und daher zu kleine Einheiten verteilt.
- Es gibt keine Vorkehrung für eine systematische Bewertung der Qualität der Arbeit der einzelnen Spitäler.
- Spitalsplanung ist nicht Teil eines umfassenden Planes der Gesundheitspflege. Es besteht keine Vorkehrung für eine Behandlung in Tages- oder Nachtkliniken, daher werden im Allgemeinen nur „vollstationäre“ Patienten im Spital behandelt.
- Zwischen intramuralem und extramuralem Bereich besteht eine scharfe Trennlinie. Es existieren Zweigleisigkeiten in der Arbeit von Spitalern und Ärzten in der Praxis.
- Es gibt die steigende Tendenz der praktizierenden Ärzte, ihre Patienten in ein Spital einzuweisen – diese Tendenz wird unter anderem durch das Honorierungssystem gefördert.
- Die Vorsorge für die ärztliche Betreuung alter Menschen und chronisch Erkrankter ist im Allgemeinen unzulänglich.

Diese so aktuell klingenden Aussagen entstammen nicht – wie zu erwarten wäre – der Tagespolitik, sondern aus einem Bericht der WHO über das österreichische Gesundheitssystem aus dem Jahr 1969. Seit dieser Zeit sind also mindestens einige der Probleme bekannt, die uns noch heute beschäftigen und genau so wie die Probleme bekannt waren, wurden sie auch ignoriert. Vielleicht versteht man angesichts einer solch langen Zeitspanne auch die Gründe, warum es nicht immer leicht ist, in Fragen der Gesundheitspolitik sachlich, professionell und diplomatisch korrekt zu sein. Medien brauchen spektakuläre Fälle für Schlagzeilen. Doch sind Medien beileibe keine objektive Instanz, sondern Instrumente im Spiel der Macht. Und so war es in den letzten 40 Jahren möglich, den Mythos des funktionierenden Gesundheitswesens aufrechtzuerhalten und

sogar wider besseres Wissen konsequent medial zu verbessern. Am Ende der Kette stehen Ausdrücke wie „Medizin auf allerhöchstem Niveau“, „medizinische Versorgung auf allerhöchstem Niveau“, „das weltbeste Gesundheitswesen“. Am Ende dieser Schlacht der Superlative steht jedoch wie bei jeder historischen Lüge ein kollabierendes System, das wieder machtpolitische Rettungsversuche Lügen straft und die Lügner vertreibt.

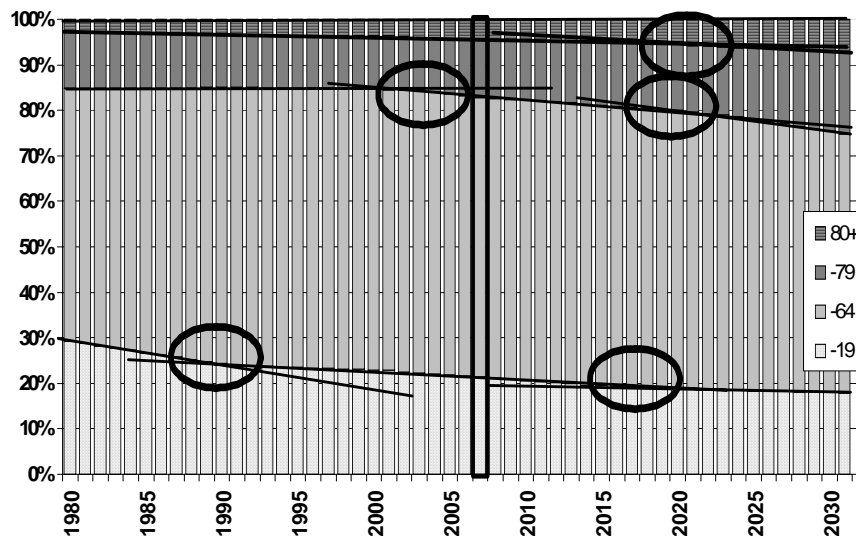
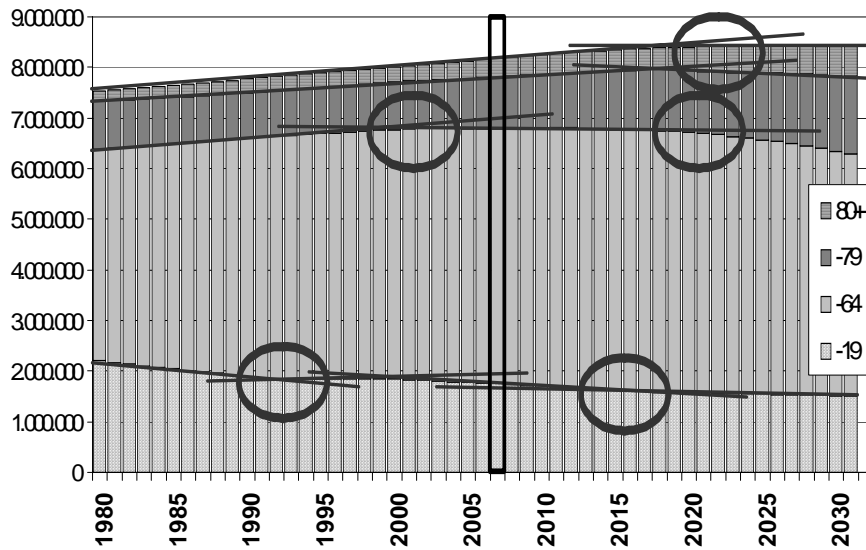
Im Jahr 2006 hat eine Partei in ihrer Stellungnahme zum österreichischen Gesundheitswesen festgehalten, dass es eines der besten und dass es um 7 bis 8 % des BIP zu haben ist – ein im internationalen Vergleich billiges System. Und im gleichen Bericht wurde festgehalten, dass wir innerhalb der OECD überdurchschnittlich viele Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und medizinischen Großgeräte haben – solche offensichtlichen Widersprüche sind im österreichischen Gesundheitswesen scheinbar unterzubringen, zumindest in der medialen und politischen Realität.

Natürlich hatten Experten seit Jahren festgehalten, dass die damaligen offiziellen Statistiken die echten Ausgaben um mindestens 30 % unterschätzen und seit 2006 (im Übrigen VOR der Publikation der o. g. Parteienstellungnahme) hat sogar die offizielle Statistik die Ausgaben des Gesundheitswesens mit über 10 % des BIP ausgewiesen. Aber was sind in der politischen Realität schon 2 bis 3 % des BIP? Für die Steuerzahler sind das allerdings rund 5 bis 7 Milliarden Euro oder 25 000 bis 40 000 Reihenhäuser pro Jahr, in denen sie nicht wohnen können. Keine Steuerreform hat jemals eine solche Dimension erreicht.

Dass ein solches Beugen der Realität nicht bei Parteimeinungen endet, sondern auch durch das offizielle Österreich stattfindet, kann man feststellen, wenn man beachtet, wie die Gesundheitsversorgung „tituliert“ wird. Mitte Jänner 2007 wurde am Anfang der neuen Legislaturperiode noch „von einem der besten Systeme“ geredet, seitdem ist – ohne erkennbare Maßnahmen – in den offiziellen Aussendungen ausschließlich „vom besten Gesundheitswesen der Welt“ die Rede. Ein Titel, den sich auch das deutsche, das schweizerische, das kanadische und die Gesundheitssysteme anderer Länder selbst verleihen. Einzig die Franzosen haben diesen Titel tatsächlich von der WHO erhalten. Österreich steht in diesem Ranking an neunter Stelle. Wie dem auch sei, der erste Platz ist schon ziemlich überfüllt.

Wir stehen nun am Anfang des 21. Jahrhunderts und kämpfen – wie in allen anderen Sozialsystemen nach europäischem Vorbild – mit den demographischen Veränderungen, die nach heutigem Wissenstand eintreten werden. Selbst Länder mit deutlich geringer ausgeprägten sozialen Netzen, wie beispielsweise Großbritannien, kämpfen damit.

Demographie absolut und in Prozent nach Altersgruppen (0-14, 15-64, 65-79 und älter als 80)



Quelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

Die Darstellung der demographischen Situation anhand einfacher Chartanalysetechnik zeigt in den umrandeten Zeitspannen Trendwenden, die interessanterweise und auch vollkommen verständlich mit jenen Jahren zusammenfallen, in denen die heftigsten Diskussionen und einschneidende Maßnahmen erfolgten.

- Mitte der 90er: Einführung der Krankenscheingebühr, mit dem bekannten Ergebnis der massiven Verlagerung der Versorgung in die Krankenhäuser, Umstellung der Spitalsfinanzierung.
- Anfang der 00er: kontinuierliche Ausweitung der Einnahmensituation für das Gesundheitswesen (mehrfache Anhebung der Höchstbemessungsgrundlage, „Harmonisierung“ der Beiträge der Arbeiter und Angestellten mit Mehreinnahmen trotz Senkung der Beiträge der Arbeiter, Anhebung der Beiträge in der Unfallversicherung, Erhöhung der Rezeptgebühren etc.)

Die Diskussion rund um die Einführung dieser Maßnahmen wurde seitens der Politik immer mit finanziellen Argumenten geführt. Auch wenn in Expertenkreisen, ähnlich wie in den

Diskussionen rund um das Pensionssystem, die demographischen Veränderungen betont und Strukturveränderungen eingefordert wurden, die Politik hat die Gründe für die Maßnahmen schnell gefunden: Gesundheit darf nicht in Geld gemessen werden, daher fehlt es an Geld. Das Resultat war stets nur eine einnahmenseitige Reparatur. Die Konsequenzen waren jedoch ebenfalls stets dieselben. Nach wenigen Jahren wurde das Geld wieder knapp und es musste wieder mehr Geld ins System gespült werden.

Allerdings war Experten seit Jahren klar, dass diese Vorgehensweise ein natürliches Ende finden würde. Ein Gesundheitssystem, das darauf aufbaut, dass Gesundheit unendlich viel wert ist, wird über kurz oder lang unendlich viel kosten. Nur solange die Ressourcen ohne Murren der Zahler Jahr für Jahr mehr werden, kann so ein Gedanke halten. Dabei fällt ein typisch österreichisches Phänomen auf. Sowohl Krankenkassen als auch Länder sehen sich als Geldgeber des Gesundheitssystems, obwohl sie genau genommen nur die Verwalter der eigentlichen Geldgeber sind – dem Steuerzahler und dem Beitragszahler. Hinter diesem Phänomen steht der eigenartige Gedanke, dass Länder und Kassen die eigentlichen Eigentümer der Gelder sind, die sie nach Gutdünken und fast gnadenhalber in das Gesundheitssystem für die Bevölkerung investieren.

Die jetzige demographische Trendwende (die 2001 begonnen und 2004 geendet hat) ist verglichen mit der aus den 90ern besonders interessant. Bis Mitte/Ende der 1990er Jahre ist der „Bezahlerkreis“, die potentiell werktätige Bevölkerungsgruppe (19- bis 65-Jährige), kontinuierlich gewachsen. Dieses Wachstum hat nun ein Ende und wird ab 2015/2020 in ein Schrumpfen umschlagen. Damit ist die Zeit einer ständig wachsenden Geldmenge durch ständig wachsende Beschäftigungsquoten vorbei und die Ressourcen werden jedes Jahr knapper.

Betrachtet man die demographischen Prognosen genauer, fällt auf, dass sich in Summe die Situation dramatisch verändern wird. Nicht nur, dass die in den letzten Jahrzehnten beobachtbare kontinuierliche Zunahme der potentiell werktätigen Bevölkerungsgruppe (19- bis 65-Jährigen), die eine kontinuierlich ansteigende Finanzkraft des Gesundheitswesens ermöglichte, beendet sein wird – die Zahl der potentiellen Empfänger wird verglichen mit den letzten Jahrzehnten, schneller wachsen als jemals zuvor. Dies bedeutet, dass der prozentuelle Anteil dieser „alten“ Bevölkerungsgruppe von nun an jedes Jahr annähernd so stark steigen wird, wie er in den letzten 20 Jahren insgesamt gestiegen ist. Und ab 2020 kann es kein solidarisches Gesundheitswesen mehr geben. Dann werden uns die Anfänge des 21. Jahrhunderts wie die goldenen Zeiten vorkommen.

Nichtsdestotrotz wäre es Aufgabe einer voraussehenden und auf europäischen Werten aufbauenden Politik, das Gesundheitssystem so zu reformieren, dass es eine realistische Chance erhält, solidarisch finanzierbar zu bleiben. Dazu sind jedoch tiefe Einschnitte in die bestehenden Machtverhältnisse nötig. Viele müssen ihre angeblich wohl erworbenen Einflussbereiche zum Wohl der Bevölkerung aufgeben und an andere abtreten. Ob das möglich wird, oder ob es zu einem Kollaps kommt, wird daher maßgeblich vom politischen Willen abhängen!

Systeme dieser Größe kollabieren nicht über Nacht, sondern schleichend über Jahre, weswegen der Verfallsprozess für die Bevölkerung auch kaum merklich verläuft – die Schlagzeile „Gestern um 17:32 Uhr kollabierte das Gesundheitssystem“ wird also nie zu lesen sein. Der Kollaps solcher Systeme ist gekennzeichnet durch fortschreitende Rationierung der Leistungen bei steigenden Kosten, einer Entsolidarisierung von Leistungen und dem Entstehen einer Mehr- (nicht Zwei)-Klassenmedizin. Wesentlich dabei ist, dass diese Phänomene ungesteuert, (auch unsteuerbar) aber vor allem unumkehrbar eintreten. Viele dieser Symptome sind heute bereits erkennbar.

Betrachtet man die OECD-Daten, liegt Österreich mit seinen Selbstbehalten im Spitzenfeld – gemeinsam mit Ländern wie den USA, die wir gerne als unsoziales Abschreckungsbeispiel zitieren. Anders als in Österreich gibt es in diesen Ländern jedoch kaum Sozialabgaben. Wir

hingegen liegen auch hierbei im Spitzenfeld. Besonders interessant ist, dass sowohl die Selbstbehalte, als auch die Abgaben in den letzten 10 Jahren gestiegen sind. Es kam also zu einer Rationierung bei steigenden Ausgaben.

Beispiel Selbstbehalte: Der österreichische Weg der Selbstbehalte ist ein verschlungener, wenn nicht sogar verlogener. Sie heißen auch nicht Selbstbehalte. Man nennt sie Gebühren. Normalerweise sind Gebühren dazu da, einen Kostenbeitrag für eine Dienstleistung zu erbringen. Im Fall der Rezeptgebühr wäre es also der Beitrag für die Abgabe von Medikamenten gegen ein Rezept. In Wirklichkeit ist die Rezeptgebühr aber ein Selbstbehalt am Preis des Medikaments. Will man nun, dass dieser Selbstbehalt höher wird, ohne die Gebühr zu erhöhen, braucht man nur die erlaubten Packungsgrößen verkleinern. Und schon kann man mehrmals Rezeptgebühr verrechnen. Und so verwundert es nicht, wenn heute viele Medikamente, die anscheinend „gratis“ sind, durch die Rezeptgebühr bereits voll ausbezahlt werden – also 100 % Selbstbehalt haben! Oftmals teilt einem der Apotheker sogar mit, dass man das verschriebene Medikament lieber selbst bezahlen soll, weil die Rezeptgebühr über dem eigentlichen Preis liegt. Und so steuern die Krankenkassen über die Packungsgröße und das Ministerium über die Rezeptgebühr den Selbstbehalt – den es eigentlich gar nicht gibt. Die Folge dieser Politik ist, dass, ohne das Wort Selbstbehalt zu verwenden, bereits 33 % der Medikamenten- und Heilmittelausgaben nicht mehr durch die Krankenkassen bezahlt werden. Ähnliche Mechanismen existieren so gut wie in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Im Detail betragen beispielsweise die „Selbstbehalte“ für medizinische Dienstleistungen außerhalb des Krankenhauses 38 %, für Rehabilitation 66 %, und im Bereich der Pflege, die, neben Vorsorge, Akutbehandlung und Rehabilitation, nach internationalen Standards Teil eines funktionierenden Gesundheitswesens ist, kann man wegen vollkommener Intransparenz nicht einmal herausfinden, wie viel Geld mittlerweile aus den eigenen Taschen fließt. Zum Thema Mehr-Klassenmedizin braucht man nur die Verteilung von Kassenärzten und Wahlärzten heranziehen. In der fachärztlichen Versorgung entstehen auf der Landkarte immer größere „weiße“ Flächen, die durch Wahlärzte gedeckt werden – bei Billigung der Krankenkassen. Durch immer weitere Reduktion der Entgelte für Leistungen in einer Kassenpraxis führt der Druck, immer mehr Patienten zu behandeln, dazu, dass die Einzugsgebiete des einzelnen Arztes immer größer werden müssen. Auch die Wartezeiten im Wartezimmer werden über diese Entgelte steuerbar. Je niedriger sie sind, desto weniger „Leerzeiten“ dürfen auftreten. Also werden immer viel zu viele Patienten gleichzeitig bestellt. Ökonomisch gedacht, ist es für den Arzt besser, die Patienten warten, als er selbst. Und so kann man den Kassenarzt zu einer unattraktiven Institution machen und die Patienten immer weiter in Richtung Wahlärzte treiben. Viele Patienten werden sich, um nicht endlose Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen, immer stärker den Wahlärzten zuwenden. Patienten, die zu Wahlärzten gehen, haben auf den Kassentarif 20 % Selbstbehalt und alles, was über den Tarif hinausgeht, selbst zu bezahlen. Auch das ist eine versteckte Erhöhung des Selbstbehalts. Dabei ist der niedergelassene Bereich im internationalen Vergleich ohnehin bereits sehr dünn besetzt. Für ein effizient funktionierendes Gesundheitswesen sind 15 voll versorgungswirksame niedergelassene Ärzte pro 100 000 Einwohner notwendig – in Österreich sind es (nach den Berechnungen der Krankenkassen – wie im ÖSG veröffentlicht) gerade einmal zwölf, in einem Bundesland gar nur zehn. Dass unter diesen Umständen Patienten in andere Versorgungseinrichtungen (Wahlärzte und Spitalsambulanzen) ausweichen, ist zwar logisch, aber nicht nur volkswirtschaftlicher Wahnsinn. Es führt dazu, dass in Ballungszentren die Versorgung gut, in der Fläche immer schlechter ist. Und das alles führt automatisch zu einer Mehr-Klassenmedizin. Dass die Leistungskataloge der einzelnen Krankenkassen mittlerweile unterschiedlich sind und man nicht mehr davon ausgehen kann, dass die Versicherten in gleichem Maße versorgt werden, sei hier nur am Rand bemerkt. Jedenfalls ist anzunehmen, dass mittlerweile jede Versicherung ihre eigene „Klasse“ gebildet hat. Es gibt derzeit rund 23

Krankenversicherungen, die insgesamt 13 bis 14 Leistungskataloge haben. Und das obwohl alle den gleichen, gesetzlich fixierten Beitrag erhalten – gegen den sich die Versicherten dank des Pflichtversicherungssystems auch nicht wehren können.

Es ist also mittlerweile klar, dass die Mehrklassenmedizin nicht durch die Privatversicherungen verursacht wird. Es sind die sozialen Krankenkassen und die Länder selbst, die die Entstehung einer Mehrklassenmedizin fördern. Die Privatversicherungen sind nur der politisch leicht verkaufbare Sündenbock. Mit anderen Worten, es gibt deutliche Hinweise dafür, dass auch das österreichische Gesundheitswesen kollabiert. In Deutschland ist man da sicher schon einen Schritt weiter.

Da in den letzten Jahrzehnten in der Gesundheitspolitik grundlegende strategische Entscheidungen nicht getroffen wurden, mehr noch, die Machtkomplexe (Kassen, Länder, Pensionsversicherungen, politische Parteien, Gewerkschaften etc.) sich in immer stärkerer Form gegenseitig abgeschottet haben, wurde das System immer „zielloser“. In der Systemtheorie geht man davon aus, dass sich jedes System über die Zeit selbst optimiert. Für das Gesundheitswesen österreichischer Prägung hatte das zur Folge, dass sich alle Akteure im Lauf der Zeit selbst organisiert bzw. optimiert haben. Solange es schier unendlich sprudelnde Geldquellen gab, war ein Verteilungskampf zwischen den so entstandenen Machtkomplexen eher nur eine partei- und tagespolitische Angelegenheit. Den wenigsten Österreichern ist bekannt, dass sie bei den Arbeiterkammer-, bzw. Wirtschaftskammerwahlen auch die politische Entscheidungsebene der Sozialversicherungen mitwählen. Ebenso wenig dürfte bekannt sein, dass die Sozialversicherungen ein etwa gleich großes Budget wie das Finanzministerium verwalten. Diese verfassungsmäßig abgesicherte Situation hat dazu geführt, dass die politischen Parteien tief involviert waren – und damit natürlich die gesamten Verfassungsprobleme (Föderalismus versus Zentralismus) in das Gesundheitswesen hineinzogen. Solange der Streit nur parteipolitischer Natur war, konnte die Situation für die Patienten nicht dramatisch werden. Nun jedoch ist die Geldquelle trocken und die Kassen, Länder, Pensionsversicherungen, politischen Parteien, Gewerkschaften etc. müssen wirtschaftliche Rahmenbedingungen akzeptieren – und der politische Kampf wurde um den ökonomischen bereichert – all das kann für Patienten gefährlich werden. Grundsätzlich ist einem das Hemd näher als der Rock – für das Gesundheitssystem bedeutet dies, dass einem der eigene Machtkomplex näher ist als der Patient. Solange zwischen Patienten und Macht der weiche Polster unendlicher Geldquellen lag, waren die Konsequenzen des Machtkampfs für Patienten mehr oder weniger nicht spürbar. Heute ist das anders und morgen für den einen oder anderen fatal.

Allen Überlegungen über die Organisation eines Gesundheitswesens muss die Entscheidung Marktwirtschaft oder Verstaatlichung vorangehen. Die seitens der Ärztekammer immer wieder ins Feld geführte Drohung der Verstaatlichung des Gesundheitswesens geht immer ins Leere. Das österreichische Gesundheitswesen ist ein staatliches. Es gibt keine marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen. Solange die Gesundheitsversorgung auch als Staatsaufgabe definiert wird und Pflichtabgaben in die Versorgung fließen, sollte das Gesundheitswesen auch durch die öffentliche Hand gesteuert werden. Allerdings bedeutet das, dass es dann auch wirklich gesteuert werden muss, und man sich auch unpopulären Entscheidungen stellen muss. Es darf kein Platz sein für parteipolitische Spiele oder arbeitsmarktpolitische Maßnahmen auf regionaler Ebene. Das einzige, was seitens der Politik entschieden werden sollte, ist die Höhe und Quelle der Mittel, die dem Gesundheitswesen bereitgestellt werden sollen. Alles andere, also die Verwendung der Mittel, sollte Experten überlassen werden. Sollte dies nicht möglich sein, dann wird der Markt die Steuerung von sich aus übernehmen. Und als Drohung in den Raum gestellt, wenn seitens der Politik nicht bald ernsthafte und selbst unpopuläre Maßnahmen ergriffen werden, dann wird sich der Markt mit voller Härte den Gesundheitsbereich (zurück)erobern und das in der Literatur oftmals

zitierte Marktversagen wird in unkontrollierter Form viel Leid über weite Teile der Bevölkerung bringen.

Kurzes Brevier über das heutige Gesundheitswesen

Prävention:

Die **Prävention** befasst sich mit dem Bereich des Verhinderns von Krankheiten. Die größte Schwierigkeit ist die Definition einer Krankheit und auch die Definition von Interventionsmöglichkeiten, wie Krankheiten vermieden werden können. Um Prävention richtig zu betreiben, muss es für die zu verhindernden Erkrankung ein „Erkrankungsmodell“ geben, das beeinflussbare Steuergrößen enthält: z. B. bei traumatischen Schädelverletzungen durch Autounfall einen Sicherheitsgurt oder bei Diabetes Mellitus eine Gewichtsabnahme. Liegen keine Erkrankungsmodelle mit beeinflussbaren Steuergrößen vor, sind Präventionsmaßnahmen sinnlos: z. B. bei Schmetterlingskindern, die eine genetische Erkrankung ist.

Die Prävention wird unterteilt in Primär- Sekundär und Tertiärprävention,

Primärprävention ist der Bereich, der versuchen soll, Krankheit vor ihrer Entstehung (also bei gesunden Menschen, die allerdings entsprechend einem Erkrankungsmodell ein Risiko haben, krank zu werden wie etwa Fettleibigkeit zu Diabetes führen kann) zu verhindern. Typisches Beispiel sind Impfungen. In der heutigen Zeit allerdings sind Impfungen von immer geringer werdender Bedeutung (Geburtenrückgang). Heute geht es vor allem um die Primärprävention von Volkskrankheiten wie Diabetes und Arteriosklerose. Primärprävention ist derzeit ausschließlich Aufgabe des Ministeriums. Länder und Sozialversicherungen können etwas tun, allerdings sind dafür keine verpflichtenden Regeln oder Gelder vorgesehen. Dort, wo sie vorgesehen sind, sollte eher von „Werbegeldern“ als von Präventionsgeldern geredet werden. Daher liegt die Primärprävention im Argen. Größte und zahnloseste Errungenschaft ist die Vorsorgeuntersuchung, die als Einzelereignis ohne Verpflichtung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes (also Motivations- oder Sanktionsmechanismen für Patienten) nur einen äußerst geringen präventiven Charakter hat. Die Menschen, die am meisten von diesen Präventionsmaßnahmen profitierten (Menschen mit geringem Gesundheitsbewusstsein!), werden nicht erreicht! Daher ist die Vorsorgeuntersuchung in seiner derzeitigen Form nicht nur übersteuert, sondern auch unsozial, weil nur jene profitieren, die ein gutes Gesundheitsbewusstsein mitbringen. Gesundheitsbewusstsein ist aus welchen Gründen auch immer direktproportional assoziiert mit dem Einkommen.

Sekundärprävention ist der Bereich, der verhindern soll, dass sich eine bereits eingetretene Erkrankung verschlimmert, oder nach der ersten Heilung ein zweites Mal auftritt.

Auch wenn in der Sekundärprävention massenhaft internationale Programme existieren, gibt es solche in Österreich nicht. Meist wird im Rahmen der Grunderkrankung eine medikamentöse Strategie (z. B. Statine) und in der Regel halbherzig (bei den Statinen gehört Österreich zu den unterversorgten Ländern) durchgeführt. Die Durchführung hängt maßgeblich vom Engagement des Arztes ab, der in seiner Arbeit weder qualitätskontrolliert wird, noch zu Programmen „gezwungen“ werden kann. Hemmend wirkt sich zudem aus, dass Medikamentenkosten Teil der Bewertung eines Arztes durch die Kassen sind. Dabei wird nicht betrachtet, ob die verordneten Medikamente nach wissenschaftlichen Kriterien eingesetzt werden, sondern nur, wie hoch die Kosten des Arztes im Vergleich zu anderen

Ärzten sind. Durch immer rigider werdende Verordnungsvorschriften riskiert ein Arzt, auf Medikamentenkosten sitzen zu bleiben und beginnt die Verschreibung der Medikamente zu reduzieren.

Geht es um sogenannte Lifestyle-Medizin also die Veränderung von Lebensgewohnheiten, – das wichtigste Instrument der Sekundärprävention, wenn man an Diäten bei Diabetikern, oder Konditionstraining bei Herz-Kreislaufkranken denkt –, gibt es so gut wie keine Finanziere und auch keinen gesetzlich verpflichtenden Auftrag. Der gesamte Bereich wird so dem Privaten überlassen. Da diese Maßnahmen teuer sind, braucht es sowohl ausreichende Kaufkraft als auch das nötige Gesundheitsbewusstsein. Damit wird die soziale Ungerechtigkeit des Gesundheitssystems wenn nicht begründet, so doch massiv verstärkt. Dabei wird nicht nur eine einkommensabhängige Ungerechtigkeit eingeführt, sondern auch eine „Altersabhängige“ – Menschen um 45 bis 50 Jahre haben familienbedingt meist zu wenig Geld pro Kopf zur Verfügung, obwohl es gerade diese Alterskohorte wäre, die von Lifestyle-Medizin massiv profitieren würde.

Tertiärprävention ist der Bereich, der die Lebensqualität einschränkenden Folgen einer chronisch gewordenen Krankheit verhindern will. Die Schwierigkeit der Tertiärprävention liegt in den Definitionen von Lebensqualität und chronischer Krankheit.

Weitgehende Einigkeit besteht in der internationalen Literatur, dass Lebensqualität mit der persönlichen Mobilität und den persönlichen Freiheitsgraden zusammenhängt. Eine direkte Beziehung zwischen Arbeit und Lebensqualität gibt es unseres Wissens nicht, indirekt ist jedoch Arbeit sowohl Einkommens-erhaltend und damit Freiheitsgrade-erhaltend als auch – allerdings nur eingeschränkt auf „höhere“ Bildungsschichten – sinnstiftend.

Als chronisch krank werden heute Menschen oft definiert, wenn sie an einer „unheilbaren“ Krankheit leiden. Altersbedingte degenerative Phänomene müssen dabei oft eine bestimmte „Schwelle“ übersteigen, um als krank zu gelten. Nur „alt“ sein ist nicht als chronische Erkrankung anzusehen. Damit besteht jedoch das Problem, dass Präventionsmaßnahmen der Tertiärprävention meist „zu spät“ kommen. Denn allen Wissenschaftlern ist klar, dass man nicht jünger wird und die kleinen „Weh-Wehchen“ mit 65 erst recht große „Wehs“ mit 75 sein werden. Wann man mit Präventionsmaßnahmen beginnen soll, ist daher umstritten.

Tertiärprävention umfasst auch die medizinische Rehabilitation von Patienten mit einer Behinderung (z. B. nach Amputationen) oder einer drohenden Behinderung durch eine chronische Grunderkrankung (z. B. nach einem Schlaganfall wegen Gefäßverkalkung) als auch die Pflegeprävention bei alten und alternden Menschen. Letztere wird international auch als geriatrische Rehabilitation tituliert – ein Terminus, den Österreich nicht kennt, zumal wir schon nicht einmal Geriatrie als Sonderfach der Medizin ansehen (ebenfalls ein Österreichspezifikum).

Leider oder glücklicherweise haben wir das Definitionsproblem der Tertiärprävention in Österreich gar nicht. Als Tertiärprävention wird in Österreich grosso modo nur die Rehabilitation unter der Devise „Rehabilitation vor Pensionierung“ (also Rehabilitation als arbeitskrafterhaltende Maßnahme, um Pensionierung zu vermeiden – bei den Zahlen der Invaliditätspensionen offenbar kein gelungenes Programm) verstanden. Und weil sich dieses Konzept als Rehabilitation bezeichnet, wird mit ihm nicht nur die Tertiärprävention abgedeckt, sondern auch der Bereich der Rehabilitation. Rehabilitation ist aber als eigener Punkt zu bewerten, oder zumindest nur ein Teilbereich der Tertiärprävention. Siehe dazu auch die Erläuterungen zur Rehabilitation.

Einzig das Konzept der krankenhauslastigen Akut-Geriatrie/Remobilisation stellt noch eine weitere substanzielle Schiene der Tertiärprävention dar, wird aber weder flächendeckend noch quantitativ ausreichend angeboten. Ansonsten ist Tertiärprävention nicht vorhanden.

Tertiärprävention ist gesetzlich nicht geregelt und daher auch weitgehend der öffentlichen Finanzierung entzogen – und muss privat bezahlt werden (z. B. Kuraufenthalte für alte Menschen, Kurzzeitpflegeplätze mit aktivierender Pflege in Pflegeheimen, funktionelle

Therapeuten, die ohne ärztliche Anordnung Hausbesuche bei alten Menschen durchführen etc.) – Die Sozialversicherungen versuchen, diesen Bereich den Krankenhäusern zu überlassen, die Krankenhäuser dem Sozialbereich, der Sozialbereich wiederum wälzt das Problem auf die Patienten ab, die so öfter zum Arzt gehen und so weiter und so fort.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keiner der drei Teilebereiche der Prävention auch nur annähernd so ausgerichtet ist, wie man es erwarten könnte, nämlich dass das Ziel der Prävention, die Morbidität der Volkskrankheiten quantitativ und qualitativ zu senken, auch nur ansatzweise erreicht werden kann. Auf das oft zitierte Healthy-Ageing kann man sich in Österreich daher auch nicht verlassen, bzw. wird es nicht über die Präventionsschiene, sondern nur über die viel teurere Kurationsschiene eintreten können.

Kuration

Die **Kuration** umfasst den Bereich des Gesundheitswesens, der sich mit der Heilung von Krankheiten beschäftigt. Der große Anspruch Heilung wird jedoch immer schwieriger umzusetzen, da der Anteil chronisch Kranker immer größer wird. Die sogenannte Akutversorgung ist daher in seiner heutigen Form die falsche Antwort.

Die zur Kuration notwendigen Behandlungen (Diagnose und Therapie) werden international ambulant oder stationär durchgeführt. Eine stationäre Behandlung ist nur dann indiziert, wenn der Heilungsverlauf eine mehrmalige ärztliche Kontrolle pro Tag erfordert und die Bettruhe so streng einzuhalten ist, dass der Patient seine eigene Körperpflege und die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht ohne Hilfe erledigen kann – eine stationäre Behandlung ist also mit der modernen Medizin immer seltener nötig.

Die Einteilung in stationäre und ambulante Behandlung wird in Österreich nicht angewandt. Hier wird zwischen intramural und extramural differenziert. Allerdings wird in unzulässiger Weise ambulant mit extramural und stationär mit intramural gleichgesetzt. Auch wenn es so gut wie keine stationären extramuralen Leistungen gibt (abgesehen von Einzelfällen, bei denen eine stationäre Behandlung durch die Kassen extra übernommen werden – etwa bei Geburten in Privatkliniken), sind doch viele Leistungen des intramuralen Bereichs ambulant (z. B. Ambulanzen und Tagesklinik).

Die Definition extramuraler und intramuraler Leistungsbereich ist ein auf Gesetzen errichtetes praxisfernes Kunstwerk. So umfasst der intramurale Bereich nicht, wie terminologisch zu vermuten wäre, die Leistungserbringung innerhalb eines Krankenhauses, sondern definiert sein Leistungsspektrum in fast wahnwitziger Komplexität als die Leistungen, die vor 1995 nicht durch kassenfinanzierte Ärzte, sondern durch Krankenhäuser – ambulant oder stationär – erbracht wurden. Selbst wenn durch den medizinischen Fortschritt eine Behandlung keinen Krankenhaus-Aufenthalt mehr erfordert oder auch nur die Anreise in ein Krankenhaus rechtfertigt und daher durch den extramuralen Bereich wohnortnah geleistet werden könnte, bleibt diese Leistung eine „intramurale“ und muss über das Krankenhaus finanziert werden. Das bedeutet, dass so eine über das erforderliche Maß hinaus erhöhte Krankenhaushäufigkeit erzeugt werden muss!

Der extramurale Bereich definiert sich negativ, als all jene Leistungen der medizinischen Akutversorgung, die nicht durch Krankenhäuser vor 1995 erbracht wurden. Jeder medizinische Fortschritt im extramuralen Bereich wird dadurch massiv verhindert, da immer getestet werden muss, ob die eine oder andere Behandlung nicht die Folge eines medizinischen Fortschritts einer vor 1995 im Krankenhaus durchgeführten Behandlung ist. Und ohne es beweisen zu können – die trägen Einführungen moderner Diagnose und Therapieverfahren außerhalb des Krankenhauses dürften damit erklärbar sein, dass man lieber zuerst zuwartet als rasch moderne Medizin zur Verfügung stellt. Und aus demselben Grund werden auch evidenzbasierte Medizin oder Effektivitätskontrollen als unnötig betrachtet. Für medizinischen Fortschritt ist durch die Gesetzeslage ausschließlich das Krankenhaus

zuständig. Im extramuralen Bereich passiert dieser Fortschritt höchstens durch Freiwilligkeit der Ärzte und wird oftmals durch das Finanzierungssystem behindert.

Der gesamte **extramurale Bereich** liegt in der Hand der verfassungsrechtlich geschützten Selbstverwaltung, die jede einzelne Kasse mit den einzelnen nach Bundesländern organisierten Ärztekammern zu einem Siamesischen Zwilling macht. In der Hand dieses Zwillings wird sowohl die Angebotsseite, die Finanzierungsseite als auch die Qualitätssicherung zusammengeführt. Der Konflikt zwischen Ärzten und Kassen liegt genau darin, dass sie von einander abhängig sind und die schizophrene Position zwischen Verkäufer und Einkäufer vereinen müssen. Externe – und sei es nur um die wirkliche Versorgungssituation zu evaluieren – sind nicht vorgesehen und werden bekämpft. Der Hauptverband sowie die Österreichische Ärztekammer sind zahnlos und eigentlich nur ein Filialbetrieb der Unterorganisationen.

Die Folge dieser Struktur ist ein äußerst intransparentes extramurales Versorgungssystem, das weder über moderne Controllinginstrumente noch effiziente Entscheidungswege verfügt. Das Honorarsystem ist unzureichend auf die demographischen Bedingungen ausgerichtet und bietet Anreize, Patienten in die Krankenhäuser zu überweisen. Eine Weisheit, die bedeutsamerweise bereits 1969 von der WHO (in der Besprechung des Österreichischen Spitalswesens durch die WHO) kritisiert wurde. Zudem lässt das System keine modernen Versorgungsstrukturen (Stichwort Gruppenpraxen) zu. Marktwirtschaftliche Regelmechanismen, wie sie das Wahlarztsystem darstellen würden, werden wenigstens teilweise bereits dazu verwendet, den Selbstbehaltsanteil heimlich zu erhöhen.

Der **intramurale Bereich** umfasst die gesamten Leistungen eines Krankenhauses, sei es ambulant oder stationär. Der eigentliche Auftrag der Krankenhäuser ist die Akutversorgung. Daher sind Krankenhäuser, sieht man von den wenigen verbleibenden Sonderkrankenanstalten für chronische Erkrankungen ab (die meisten dieser Häuser wurden in den letzten Jahren ehrlicherweise in Pflegeheime umgewandelt – das Geheimnis des Bettenabbaus in Österreich!), inhaltlich auf Akuterkrankungen ausgerichtet und nicht auf chronisch Kranke und Multimorbide – die aber den Großteil der Patienten mittlerweile ausmachen. Die Leistungen des stationären Bereichs werden durch das „Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierungs-System (LKF)“ finanziert, das auf einer 15a-Vereinbarung (ein Staatsvertrag zwischen den Bundesländern und der Bundesregierung) fußt. Dieses Finanzierungssystem ist durch politische Einflüsse massiv auf stationäre Versorgung ausgerichtet. Ambulante Leistungen sind stark eingeschränkt, insbesondere Ambulanzen massiv unterfinanziert. Das führt dazu, dass Österreich über die höchste Bettenzahl der Welt verfügt. Als „Bettentreiber“ ist, neben den fehlenden Anreizen zur ambulanten Versorgung, auch die fehlende Abstimmung der Ressourcen zum Pflegebereich relevant. Gut 20 % der Betten in den Krankenhäusern bzw. 35 % der Betten für Innere Medizin werden durch Patienten belegt, die eigentlich in einem Pflegeheim (Kurzzeitpflege) oder in ambulanter bzw. mobiler Versorgung (mobile Dienste) besser betreut wären. Hier gilt, dass für ein Bundesland die „betriebswirtschaftliche“ Sicht des Betriebs von Krankenhäusern billiger scheint (durch das LKF-System) als eigene Pflegeeinrichtungen, die voll zu Lasten der Landesbudgets gehen. Ob das stimmt, ist sehr fraglich, aus gesamtwirtschaftlicher Sicht jedoch ist es jedenfalls als überbeuerte „Überqualität“ abzulehnen.

Auch im Krankenhauswesen ist es die Verfassung, die einer vernünftigen Organisation des Gesundheitswesens entgegenwirkt. Die Länder sind verpflichtet, die stationäre Versorgung zu garantieren. Damit ist eine österreichweite Strukturierung des Krankenhauswesens nicht möglich – ebenfalls eine Weisheit, die seit 1969 (Besprechung des Österreichischen Spitalswesens durch WHO) bekannt ist. Und eine Abstimmung mit den angrenzenden Bereichen extramurale Versorgung, Pflege und Rehabilitation wird daher auch nicht gerade einfacher, bzw. bleibt unmöglich.

Insbesondere dort, wo die Tertiärprävention bzw. Rehabilitation des Patienten im Vordergrund stehen muss – Neurorehabilitation und Geriatrie – wird das LKF-System auch zunehmend inkonsequenter und geht auf Tagsatzfinanzierung anstatt Leistungspauschalen zurück.

Rehabilitation:

Rehabilitation ist der Bereich, der die Folgen einer Krankheit soweit beeinflussen will, dass die damit verbundenen Einschränkungen so gering wie möglich werden – im Gegensatz zur Kuration, die eine Heilung beabsichtigt, zielt die Rehabilitation darauf ab, eine „Wiederherstellung so gut wie möglich“ zu erreichen. Die Rehabilitation ist daher der Tertiärprävention sehr ähnlich. Eigentlich ist sie abgesehen vom theoretischen Zugang der Definition (Prävention zielt auf eine Vermeidung ab, Rehabilitation auf eine Wiederherstellung – also im Grunde ist es das gleiche Ziel mit zwei unterschiedlichen Zugängen – dasselbe Phänomen findet sich bei der Definition von Gesundheitsförderung und Primärprävention) in der praktischen Ausformung meist ident.

Die Schwierigkeit der Rehabilitation liegt in der Definition des „so gut wie möglich“. Diese Definition ist nur sinnvoll, wenn man ebenfalls definiert, was der Patient mit dem „so gut wie möglich“ anfangen soll. Wenn man z. B. als beste Option für 70-jährige Menschen das Leben in einem Rollstuhl definiert, sind die Rehabilitationsnotwendigkeiten nach einer Amputation, einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall nur gering. Wenn man die Meinung vertritt, die Rückkehr ins Berufsleben ist die beste Option, hätten Pensionisten skurrilerweise gar keine Rehabilitationsnotwendigkeit mehr.

In Österreich ist es vorrangige Aufgabe der Pensionsversicherungen, die Rehabilitation durchzuführen. Dazu sind sie auch gesetzlich verpflichtet. Allerdings nur nach dem Prinzip „Rehabilitation vor Pensionierung“ – und damit also eigentlich nur im Sinne einer Tertiärprävention. Alle nicht pensionsversicherten Bürger haben daher auch keinen gesetzlichen Anspruch auf Rehabilitation. Damit ist der maximale Anspruch der ihnen gesetzlich zugebilligt ist, die Kuration. Bei einem chronischen Leiden werden sie – zynisch gesprochen – mit dem zufrieden sein müssen, was nach der Akutversorgung rauskommt. Um allerdings die Situation nicht ganz dramatisch werden zu lassen, sind die Krankenkassen seit Mitte der 1990er Jahre dazu verpflichtet, rehabilitative Maßnahmen – also im Wesentlichen konzeptlose Einzelmaßnahmen durch funktionelle Therapeuten – zu bezahlen. Diese Form der „Rehabilitation“ ist vollkommen unstandardisiert und sehr teuer. Zudem wird diese Form der „Rehabilitation“ in jedem Bundesland, bzw. von jeder Kassa unterschiedlich gehandhabt. Für Patienten, die als Pensionisten eine stationäre Rehabilitation genehmigt bekommen, übernimmt derzeit die Pensionsversicherung freiwillig die Kosten für die Krankenkassen – ein sehr kurioses Vorgehen – möglicherweise damit diese ihre Zentren auslasten können. Rehabilitation wird international betrachtet sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt. Der ambulante Teil fehlt in Österreich so gut wie gänzlich. Die stationären Rehasentren sind für die Pensionsversicherungen so was wie die Krankenhäuser für die Bürgermeister bzw. Landeshauptleute – also heilige Kühe.

Eine Patientenorientierung insbesondere auf den geriatrischen Patienten, der eigentlich so gut wie möglich betreut werden sollte, um so lange wie möglich selbständig in seinem Umfeld leben zu können, fehlt gänzlich. Es gibt in Österreich außerhalb von Krankenhäusern – und dort haben wir nur unzureichende Strukturen – keine einzige für den Patienten kostenlose Einrichtung für geriatrische Rehabilitation, aber massenhaft kostenlose Krankenhäuser.

Pflege

Die Pflege umfasst den Bereich des Gesundheitswesens, der sich mit unterstützenden Tätigkeiten für den Pflegenden beschäftigt, die durch den Zustand der pflegebedürftigen Person

nicht oder nicht mehr selbst erledigt werden können. Damit ist das Spektrum der Pflege sehr breit gefächert und reicht von einfachen Haushaltshilfen bis hin zur Intensivpflege.

Als Grundsatz kann gelten, je schlechter der Allgemeinzustand eines Patienten, desto höher ist sein Pflegebedarf. Der Allgemeinzustand kann allerdings nur durch einen Arzt festgestellt werden (wie etwa die PflegegeldEinstufung).

Historisch betrachtet ist Pflege teil des christlichen Weltbilds (Barmherzigkeit) und nur schwer von der Betreuung zu trennen. Praktischerweise kann eine Trennlinie zwischen Pflege und Betreuung dadurch gezogen werden, in dem man das Tätigkeitsspektrum mit der notwendigen Ausbildung in Gleichklang bringt. Je intensiver die Pflege sein muss, desto höher ist die Anforderung an die Ausbildung. Pflege kann daher von der Betreuung dermaßen abgegrenzt werden, dass Pflege alle Tätigkeiten betrifft, die nur von gesetzlich definiertem Pflegepersonal durchgeführt werden dürfen, Betreuung hingegen von Personen, die nicht als Pflegepersonal definiert werden.

Die Grenzen zwischen Pflege und Kuration sind in der Praxis ebenfalls fließend – zumindest international betrachtet. Insbesondere niedrigschwellige kurative Handlungen, wie Blutdruckmessen, Verbände Wechseln etc. gehören eigentlich zur Aufgabe des Pflegepersonals. Theoretische Basis dafür ist, dass der Patient, wäre er körperlich und geistig gesund, diese Tätigkeiten auch selbst durchführen könnte und bei diesen Tätigkeiten auf Grund seines Allgemeinzustandes Unterstützung braucht. Bei diesen niedrigschwelligen kurativen Tätigkeiten spricht man auch von Spezialpflege (Behandlungspflege) im Gegensatz zur Allgemeinen Pflege (Grundpflege).

Je nach politischem Konsens, kann daher die Pflege so definiert sein, dass „Essen auf Rädern“ schon als Pflegeleistung gilt, oder aber erst die Tätigkeiten, die diplomiertem Personal vorbehalten sind. Grundsätzlich kann Pflege stationär, ambulant und mobil angeboten werden. Im stationären kurativen Bereich ist die Pflege integraler Bestandteil der Behandlung und damit teil des Krankenhauswesens. Extramural ist die Pflege in Österreich dem Sozialwesen zugeteilt und damit Länder- und Kommunalangelegenheit. Die Finanzierung, soweit sie nicht privat bezahlt werden kann, belastet daher auch die regionalen Budgets. Grundsätzlich jedoch besteht auf Pflege kein Anspruch.

Stationäre extramurale Pflege findet sich im Wesentlichen in Pflegeheimen. Diese sind „privatwirtschaftlich“ zu führen. Pflegebedürftige Personen müssen ihren Aufenthalt selbst bezahlen. Nur wenn sie und ihre engsten Angehörigen sich das nicht leisten können, springt die öffentliche Hand ein und übernimmt die Kosten der pflegebedürftigen Person. Da die Pflegeheime betriebswirtschaftlich zu führen sind, können unausgelastete Vorhalteleistungen nicht finanziert werden und sind daher in der Regel auch nicht vorhanden. Die Folge sind lange Wartezeiten auf einen Pflegeplatz, die durch andere Strukturen und hier insbesondere durch die Krankenhäuser aufzufangen sind.

Besonders erwähnt werden muss, dass die stationäre Pflege in Österreich in der Regel eine Einbahnstraße zum Tod ist. Konzepte der Kurzzeitpflege – also das temporäre Unterbringen von pflegebedürftigen Patienten, sei es um pflegende Angehörige zu entlasten, oder aber auch um regelmäßig den Patienten im Sinne einer geriatrischen Rehabilitation wieder „aufzupeppen“ – sind vollkommen inadäquat ausgebaut. Der Grund dafür ist, dass solche Einrichtungen natürlich enorme Vorhalteleistungen bieten müssten (es ist nicht abzusehen, wann ein Pflegling rehabilitative Maßnahmen braucht, oder die pflegenden Angehörigen überlastet sind). Ähnlich einem Krankenhaus kann hier nur mit einer höchstens 85 %igen Auslastung gerechnet werden, um genug freie Kapazitäten für Spitzenzeiten zu haben. Zudem müssten verstärkt funktionelle Therapeuten eingesetzt werden. Damit sind natürlich solche Angebote teurer als ein Pflegeheim. Wenn man solche Angebote privat finanzieren muss, sind in der Regel die Angehörigen finanziell überfordert. Pro Tag ist in diesem Fall sicherlich mit etwa 100 Euro zu rechnen, was für den durchschnittlichen Österreicher nicht leistbar ist. Und dass dadurch jene pflegebedürftigen Personen verstärkt im Krankenhaus landen (soziale

indizierte Aufnahmen!), sollte nicht verwundern, da die Krankenhäuser sowohl die Vorhaltungen haben als auch deren Finanzierung solidarisch – also für das Individuum quasi kostenfrei – organisiert ist. Aus gesamtwirtschaftlicher Betrachtung ist das jedoch Irrsinn, da ein Krankenhaus vermutlich mindestens doppelt so teuer und fachlich falsch qualifiziert ist. Allerdings könnte man, wenn man sich auf eine große Reform einigt, für das gleiche Geld doppelt so viele pflegebedürftige Personen betreuen! Und wenn man dann auch noch vernünftige Konzepte für die Pflegeversorgung (insbesondere abgestufte Modelle) entwickelt, dann sind es vermutlich drei oder vier Mal so viele – ohne dass der Patient was zahlen müsste.

Mobile Pflege wird durch die mobilen Dienste organisiert. Da sie, wie die stationäre Pflege, keine Versicherungsleistung ist und die Einrichtungen sich in der Regel privat finanzieren müssen, gibt es auch hier keine Vorhalteleistungen. Über die Mängel der Strukturen sind Analogieschlüsse aus dem stationären Bereich zulässig. Besonders dramatisch wirkt sich heute die fehlende Abgrenzung der Pflege von der Betreuung aus. Hier werden die „illegalen“ Strukturen immer wichtiger zur Aufrechterhaltung des Systems. Die damit verbundenen Probleme sind heute noch nicht abschätzbar – aber sie werden zweifellos groß sein. Entweder findet man ein eindeutiges Bekenntnis, dass Pflege und Betreuung nicht öffentliche Aufgabe ist und in der Eigenverantwortung zu regeln sind – dann müssen aber auch sofort die rigiden Gesetze, die die Qualifikation der Gesundheitsberufe regeln, aufgehoben werden und der Bereich als ungebundenes Gewerbe erlaubt werden – oder aber der gesamte Bereich wird zur Staatsaufgabe, dann ist eine Mindest-Qualitätsdefinition unabdingbar, dafür aber als solidarisch finanzierte Leistung erbringbar.

Ambulante Pflege ist in Österreich – sieht man von den wenigen geriatrischen Tagesheimen ab – unbekannt.

Zusammengefasst besteht in der Pflege ein noch größerer Reformbedarf als in der Kuration. Es fehlen geeignete Definitionen, die die Leistungen der öffentlichen Hand von Privatleistungen klar trennen, die Abstufung der Angebote ist nicht an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen ausgerichtet, die Abstimmung des Leistungsgeschehens mit angrenzenden Bereichen fehlt komplett. Und solange Krankenhäuser kostenlos sind, wird eine Strukturbereinigung nicht angenommen werden.

Palliation

Palliation umfasst den Bereich des Gesundheitswesens, der sich mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung von unheilbar kranken Patienten beschäftigt. Ziel ist weder die Heilung noch eine Herstellung eines Optimums, sondern ausschließlich die Linderung der Krankheitsbelastung und die Erhaltung der höchst möglichen Lebensqualität. Palliation kann ebenfalls stationär, ambulant oder mobil angeboten werden. Wegen mangelnder Reaktionsbereitschaft des Gesundheitswesens hat sich für dieses Patientenkollektiv vorerst nur eine rein privat zu finanzierende Hospizbewegung etabliert. Seit kurzem stellt man sich auch seitens des öffentlichen Gesundheitswesens diesem Thema. Ohne darüber weiter zu argumentieren, wollen wir festhalten, dass die derzeitigen und unwürdigen Finanzierungs- und Kompetenzstreitigkeiten nun auch auf diese Patientengruppe ausgedehnt werden. Auch in diesem Bereich fehlt jegliche Bereitschaft, klare Definitionen und Kompetenzen zu formulieren. Ohne eine verfassungsmäßig fixierte Definition wird sie sich auch nicht einstellen.

Gesundheit – Gesundheitsversorgung

Gesundheit

Für die Gesundheitsversorgung ist die Ausgangsbasis die Gesundheit. Daher ist die Festlegung, was Gesundheit ist, der wesentliche, erste Schritt für die Entwicklung von Gesundheitssystemen.

Die Definition von Gesundheit ist schwierig. Die WHO definiert Gesundheit als einen Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Mit einer solchen Definition kann kaum jemand behaupten, gesund zu sein. Ein Gesundheitssystem, das den Anspruch erhebt, Gesundheit für jeden herstellen zu wollen, kann unter dieser Definition nur zusammenbrechen. Und um es vorwegzunehmen, wird diese Definition in der Regel nur dann angelegt, wenn einzelne Interessensvertretungen ihre Produkte durch die öffentliche Hand finanzieren lassen wollen.

Eine andere Annäherung definiert Gesundheit mit dem Fehlen von Krankheit. Dieser Definition folgend, ist jeder, der nicht irgendeine bekannte Krankheit aufweist, gesund. Ein Gesundheitssystem hat sich demnach darum zu kümmern, Krankheiten zu behandeln. Es ist eine bedarfsorientierte Definition. Der Bedarf an Maßnahmen orientiert sich am Vorhandensein feststellbarer Krankheiten. Einerseits wird jedoch fast „täglich“ eine neue Krankheit entdeckt, andererseits vieles, das früher nicht als krank galt, heute als „Krankheit“ bezeichnet – man denke hier nur an die vielen psychiatrischen Syndrome – und weiters bringt es Menschen, die eine chronische Krankheit haben dahin, dass sie sich nie wieder „gesund“ fühlen dürfen. Auch sind alters- und nicht krankheitsbedingte Phänomene, wie das Ausfallen von Zähnen, die Abnutzung von Gelenken oder arteriosklerotische Veränderungen der Gefäße nur schwer greifbar. Zudem läuft diese Definition Gefahr, Krankheitsvermeidung – also Prävention – auszublenden. Nichtsdestotrotz wird diese Definition in der Regel in der naturwissenschaftlich orientierten Medizin angewandt, sie führt jedoch dazu, dass eine Art Markt für die „Entwicklung“ neuer Krankheiten entstanden ist, der wesentlich für die Kostenexplosionen unter dem Titel des medizinischen Fortschritts verantwortlich ist. Ein dritter Ansatz versucht ausschließlich, die aus unterschiedlichsten Umständen entstehende Beeinträchtigung des Individuums mit Krankheit in Verbindung zu bringen – nach dem Prinzip, wer sich gesund fühlt, ist gesund, wer sich krank fühlt, ist krank. Es handelt sich daher um eine bedürfnisorientierte Definition (die der WHO-Definition nicht ganz unähnlich ist). Nicht eine objektiv feststellbare Krankheit, sondern ein subjektives „sich krank“ fühlen fordert Maßnahmen. Der Nachteil dieses Ansatzes ist die sehr schwierige Standardisierung von möglichen Therapien und auch die Messung des Erfolgs von Therapien, ganz zu schweigen von den damit entstehenden Kosten für die damit verbundene individuelle Betreuung. Einzig im Bereich der Behinderungen, bzw. Beeinträchtigungen ist so ein Ansatz zielführend, da bei der gleichen Behinderung der eine Betroffene diese als im täglichen Leben nicht oder wenig störend empfindet, während ein anderer an der selben Behinderung verzweifelt. Auf Basis dieser Definition stehen sehr viele, von der Schulmedizin als Paramedizin oder Alternativmedizin titulierten Strömungen, die seitens populistischer Politik gerne gefördert werden.

Gesundheitsversorgung – Public Health

Anhand der kurzen Darstellung der Schwierigkeit der Definition von Gesundheit kann man bereits erkennen, wie kurzsichtig es ist, Gesundheit für alle zu fordern. Es ist jedoch festzuhalten, dass trotz aller Schwierigkeiten der Definition in der Gesundheitswissenschaft Wege gefunden wurden, Modelle der Gesundheitsversorgung zu entwerfen, ohne eine genaue Definition zu benötigen. Ausgang aller Modelle sind im Wesentlichen zwei Annahmen.

- Erstens abstrahiert man vom Individuum auf die Bevölkerung – daher stammt der Begriff „Public Health“ – und kann so ohne Rücksicht, ob ein Einzelner krank ist, den Gesundheitszustand der Bevölkerung, gemessen an Gesundheitszielen, feststellen. Dazu werden Indikatoren, wie z. B. Kindersterblichkeit, Lebenserwartung, Krankenhaushäufigkeit und ähnliches verwendet.
- Zweitens will man Gesundheit nicht erreichen, sondern geht davon aus, dass Gesundheit, egal wie definiert, immer nur ein Ziel ist, das zu erreichen Maßnahmen fordert, wie z. B. Diagnosen, Therapien, Impfungen, und durch diese Maßnahmen der Gesundheitszustand des einzelnen oder der Bevölkerung verbessert wird.

Auf Basis dieser beiden Grundannahmen war es nun möglich, Denkschulen zu entwickeln, die sich mit dem Thema Gesundheitsversorgung beschäftigen. Es wurde so möglich, alle präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen, gesundheitserhaltenden, pflegenden oder palliativen Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die sich mit Krankheiten oder Symptomen, die ein Individuum aufweist – seien sie körperlich, seelisch oder verhaltensmäßig, inklusive der zellulären und genetischen Information, den Strukturen oder Funktionen des Körpers oder eines Teils des Körpers – in zielgerichteten Modellen zusammenzuführen. Dienstleistungen, die von Dienstleistern, Individuen oder Bevölkerungsgruppen angeboten werden, können so gesamthaft in Public-Health-Modellen betrachtet und sowohl planbar als auch steuerbar werden. Moderne Gesundheitsversorgung betrachtet daher Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Pflege unter einem gemeinsamen Gesichtspunkt als Teil einer gesamthaften Public-Health-Strategie. Das klingt sehr kompliziert, kann jedoch mit einer Analogie aus der Betriebswirtschaftslehre oder Volkswirtschaftslehre erklärt werden. Solange es ausschließlich Marktgesetze sind, die regulativ eingreifen, sind volkswirtschaftliche Theorien oder Handlungsweisen für die Praxis nicht wichtig. Wenn jedoch die öffentliche Hand Aufgaben übernimmt und zu diesem Zweck Steuern einhebt, wird Volkswirtschaftslehre wichtig. Je höher die Steuern sind, desto wichtiger ist es, dass die öffentliche Hand die Steuermittel nicht politisch willkürlich, sondern volkswirtschaftlich sinnvoll einsetzt. Die Geschichte ist voller Beispiele, was passiert, wenn volkswirtschaftliche Erkenntnisse von der Politik missachtet werden. Genauso verhält es sich mit der Gesundheitsversorgung. Solange die öffentliche Hand keine Aktivitäten in der Gesundheitsversorgung setzt, solange sind Public-Health-Modelle in der Praxis völlig unnötig. Aber wenn es zu solchen Aktivitäten kommt, ist die Missachtung der Erkenntnisse der Public-Health-Forschung desaströs.

Geschichtlich betrachtet, ist die Gesundheitsversorgung als Aufgabe der öffentlichen Hand eine junge Erscheinung. Das ist nicht weiter verwunderlich. Gesundheitsversorgung war klar seit jeher Aufgabe des Einzelnen. Die seit dem Mittelalter (das als Beginn der christlichen Tradition in unseren Breiten angesehen werden kann) bekannte Krankenpflege als Aufgabe des Adels und etwas später des karitativen Bürgertums hatte nur wenig mit einer Gesundheitsversorgung so wie wir sie heute kennen, zu tun. Es hat der Aufklärung bedurft und der industriellen Revolution mit den damit entstandenen sozialen Spannungen rund um das neue Proletariat, um festzustellen, dass die Gesundheitsversorgung des Einzelnen im öffentlichen Interesse sein kann. War diese davor quasi eine Frage der seitens der karitativ eingestellten Personen zur Verfügung gestellten Ressourcen, wurde seit dem 19. Jahrhundert und spätestens seit den staatsrevolutionären Entwicklungen des 19. und 20. Jahrhunderts aus der Frage der Gesundheitsversorgung eine Frage nach öffentlicher Gesundheit. Ziel war seitdem die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheit und danach wurden die Ressourcen ausgestattet. Das, was man heute als Public-Health bezeichnet, ist also vielleicht gerade einmal 100 Jahre alt.

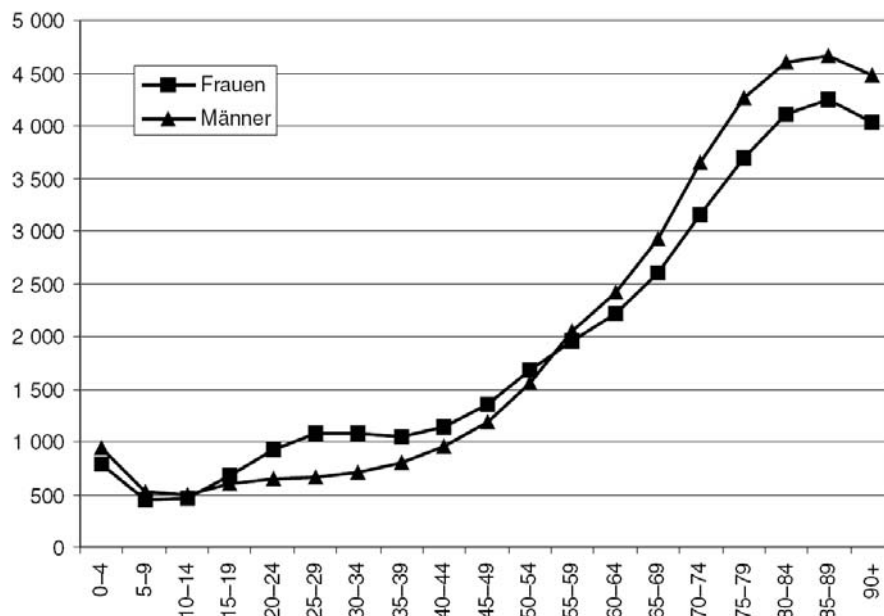
Die Entwicklung von Public-Health-Modellen diente nicht akademischen oder philosophischen Zwecken, sondern entstand aus handfesten wirtschaftlichen Überlegungen.

Bei unbegrenzten Ressourcen könnte man einfach eine oder alle der im Kapitel „Gesundheit“ genannten Definitionen der Gesundheit verwenden und alles unternehmen, um jedes Individuum an den erwünschten Zustand heranzuführen. Man könnte daher jedem Einzelnen seinen 24-Stunden-Arzt, seine 24-Stunden-Krankenpflegeperson, seinen 24-Stunden-Physiotherapeuten, seinen eigenen stets verfügbaren Diätberater, seinen Physiotherapeuten und dem, der es wünscht, einen Homöopathen, Osteopathen, traditionellen chinesischen Mediziner, Kräuterkundler, Schamanen, Charisma-Trainer, Heilmagnetiseur etc. zur Verfügung stellen. Jeder würde so seinen individuellen, optimalen Gesundheitszustand erreichen – meint man. Denn viele der hier genannten Disziplinen bauen auf widersprüchlichen Grundsätzen auf, sodass sie alle zusammen vermutlich mehr schaden als helfen würden. Also wäre selbst unter der Bedingung unbegrenzter Ressourcen eine Koordination nötig, die jedoch der Patient selbst organisieren könnte.

Wie dem auch sei, die Idee unbegrenzter Ressourcen ist nur eine Fiktion, die nur in Wahlkämpfen stets zitiert wird, jedoch nicht umsetzbar ist. Anders ausgedrückt, ist es einfach nicht möglich, jedem Einzelnen die optimale Versorgung zu garantieren, ohne nicht das gesamte System zu gefährden. Ausschließlich eine absolute Marktliberalisierung könnte für jene, die es sich leisten können, eine ähnliche Situation herbeiführen. Für die, die es sich nicht leisten können, würde es dann aber keine Versorgung geben. Eine solche Situation ist in keinem Land mit christlichen Traditionen der Fall. Auch volkswirtschaftlich betrachtet ist eine Gesundheitsversorgung um 10 und mehr Prozent des BIPs, die ausschließlich von betriebswirtschaftlichen Motivationen gesteuert wird, ein sehr heikles Spiel. Wie mittlerweile bekannt ist, sind marktwirtschaftlich geführte Gesundheitssysteme um 20 bis 40 Prozent teurer als öffentliche Systeme. Zwar ist oberflächlich betrachtet in marktwirtschaftlichen Systemen ein solches Phänomen nicht störend, allerdings werden so Gelder aus anderen Konsumbereichen umgelenkt, die sich dementsprechend schlechter entwickeln können. Auch das würde isoliert betrachtet noch nicht wirklich problematisch sein. Als richtig problematisch erweist sich im Zusammenhang mit Marktwirtschaft und Gesundheitsversorgung die naturwissenschaftlich verhältnismäßig exakt berechenbare Demographie und Epidemiologie und das „marktwirtschaftliche Fehlverhalten“ kranker Menschen.

Marktwirtschaft kann nur so lang gut funktionieren, wie ein unternehmerisches Risiko besteht, auch bankrott zu gehen. Bankrott geht man jedoch nur, wenn man am Markt „vorbei“ produziert. Und genau das ist bei einem so gut prognostizierbaren Markt wie dem Gesundheitsmarkt nur eingeschränkt möglich. Da Krankheiten mit steigendem Alter häufiger werden, kann man, so nicht irgendwelche Katastrophen passieren oder unvorhergesehene Kriege ausbrechen, den Markt epidemiologisch (zu?!) gut antizipieren. Zudem sind Gesundheitsausgaben stark altersabhängig. Im Wesentlichen benötigen nur Kinder und in wesentlich höherem Maß Senioren ärztliche Leistungen. Damit können demographische Prognosen, die in der Wissenschaft als die stabilsten gelten, zu Marktprognosen herangezogen werden.

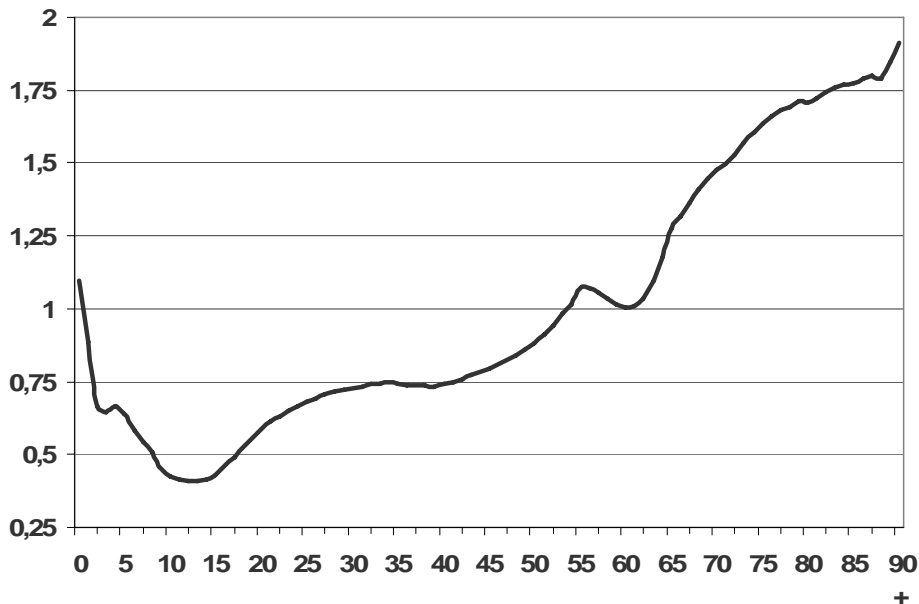
Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen, in Euro pro Kopf, 2003



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2003; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; IHS HealthEcon Berechnungen; publiziert in. Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich (2006); Maria M. Hofmarcher, Herta M. Rack; Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Allein diese beiden Parameter – Demographie und Epidemiologie – würden ausreichen, Marktmechanismen erheblich zu irritieren. Endgültig außer Kraft werden sie gesetzt durch die Tatsache, dass der Haupteinkäufer von Gesundheitsdienstleistungen – der Patient – weit davon entfernt ist, freie Kaufentscheidungen zu treffen. Patienten leiden, wenn sie krank sind, (das Wort Patient kommt aus dem lateinischen und bedeutet erdulden). Wenn sie leiden, suchen sie Linderung, und bei der Suche nach Linderung nehmen sie so gut wie jede Hilfe in Anspruch. Anders ausgedrückt, die wesentliche Voraussetzung eines funktionierenden Marktes, nämlich einen frei entscheidungsfähigen und endgültig entscheidenden Käufer, ist bei einem Patienten nicht sicher vorhanden. Mehr noch, je höher das Leid, desto größer die Bereitschaft alles, einfach alles zu bezahlen, nur um geheilt zu werden. Der Patient ist also ein unkritischer Konsument, der nur sehr selektiv wahrnimmt. Dem nicht genug. Da die wichtigsten Konsumenten Kinder und alte Menschen sind, besteht die Gefahr, dass diese Konsumentengruppen geistig gar nicht als entscheidungsfähig gelten oder sogar entscheidungsunfähig sind. Kinder sind nicht geschäftsfähig und im Alter tritt die Gefahr der altersbedingten Demenz (Senilität) auf.

Inanspruchnahme ärztlicher Dienste nach Lebensjahren (2004) (1 = Mittelwert der Inanspruchnahme über alle Versicherten)



Quelle: Gewichtungsfaktoren des Risikostrukturausgleichs für die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland (2005); eigene Berechnungen

Aber selbst, wenn man an diesem Punkt noch glaubt, eine moderne Gesundheitsversorgung könnte rein marktwirtschaftlich organisiert sein, würde ein solches System nur funktionieren, wenn es langfristige Ansparmodelle gibt. Da langfristige Ansparmodelle in Marktwirtschaften meist mit Aktien und Anleihen einhergehen, der Finanzbedarf aber demographisch und epidemiologisch genau berechnet werden kann, würden der Finanzmarkt erheblich irritiert werden und schließlich zusammenbrechen. Wer glaubt, dass das amerikanische Gesundheitssystem ein Beispiel marktwirtschaftlich funktionierender Gesundheitsversorgung darstellt, irrt. Gemessen am BIP geben die US-Amerikaner ziemlich genauso viel öffentliche Gelder aus wie Österreich. Allerdings werden durch das öffentliche Gesundheitswesen im Wesentlichen nur jene Patientengruppen unterstützt, die wie oben beschrieben, einen freien Gesundheitsmarkt irritieren würden – die Jungen und die Alten. Der europäische Weg hingegen birgt immer eine Art Generationenvertrag, der die gleiche Funktion einnimmt – sofern er ernst genommen wird und es nicht zu Schulden kommt. Schulden in einem Generationenvertrag bedeuten ja im Wesentlichen nichts anderes, als dass man das Geld der übernächsten Generation ausgibt. Fallweise gibt es in Europa marktwirtschaftlich orientierte Versicherungssysteme ohne Generationenvertrag, dort wird ein sogenannter Risikoausgleich aus der öffentlichen Hand bezahlt, der eigentlich auch nichts anderes als eine Art Generationenvertrag darstellt.

Gleichgültig, wie sehr man Gesundheitsversorgung privatisiert, sie wird immer ein sehr wesentlicher volkswirtschaftlicher Faktor sein, der in unterschiedlichem Ausmaß durch Regierungen kontrolliert und auch gesteuert werden muss. Marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen können zwar auch im Gesundheitswesen hervorragend zur Effizienzsteigerung eingesetzt werden, allerdings können sie nie die alleinige Steuerung sein. Daher ist es nicht verwunderlich, dass es in der westlichen Welt kein rein marktwirtschaftlich gesteuertes Gesundheitswesen gibt. Es gibt immer eine soziale und daher öffentlich kontrollierte Komponente. Und dort sollten die Ergebnisse der Public-Health-Forschung zur Anwendung gebracht werden

So wie bei jeder jungen Wissenschaft ist es aber nicht verwunderlich, wenn auch die Public-Health-Forschung sich in manchen Regionen schneller, in anderen langsamer durchsetzt. Wesentliche Triebfeder für die Anwendung von Erkenntnissen der Public-Health-Forschung spielte sicherlich immer der ökonomische Druck. Eigentlich weniger der ökonomische Druck

selbst als vielmehr die auseinander klaffende Situation zwischen Finanzierbarkeit und politischer Versprechen. Solange Gesundheit nicht in Geld gemessen werden darf bzw. die Gesundheit eines jeden Einzelnen unendlich viel wert ist, wird diese immer mehr Ressourcen binden – bis zur Unendlichkeit. Geht man aber davon aus, dass Ressourcen endlich sind, dann sind diesem Gedankengang natürliche Grenzen gesetzt. An unendliche Ressourcen zu glauben, ist naiv. Es ist daher nicht eine Frage ob, sondern nur wann es zur Einflussnahme von Public-Health-Erkenntnissen in gesundheitspolitische Entscheidungen kommt. Es ist nur eine Frage der Zeit, wann die Politik der normativen Kraft des Faktischen nachgeben und die Wunschvorstellung der unendlich wertvollen Gesundheit aufgeben muss. In jenen Ländern, in denen man erkannt hat, dass Ressourcen endlich sind, bzw. die Einsicht gewachsen ist, dass die Finanzierung durch einen Generationenvertrag komplett schuldenfrei sein muss, um nicht die Gelder der übernächsten Generation zu verbrauchen, wurden daher Public-Health-Institute gegründet, die die Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung beeinflussen.

Je nach dem, wie die nationale Gesundheitsversorgung organisiert ist, sind diese Institute aufgestellt. In Großbritannien, das eine rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung hat und gesundheitspolitisch möglicherweise am reifsten ist (also den geringsten Anteil populistischer Versprechen im Gesundheitswesen bezahlen muss), ist es ein unabhängiges Institut, das weitgehend alle Prozesse der öffentlichen Gesundheitsversorgung definiert. Der im Vergleich extrem niedrige Selbstbehaltsanteil (in Europa einer der niedrigsten) zeigt, dass es auch keine wesentlichen Parallelstrukturen zum öffentlichen Gesundheitswesen gibt. Das öffentliche Gesundheitswesen ist in Großbritannien transparent und sehr gut dokumentiert. Die Politik beschäftigt sich im Wesentlichen nur mehr mit der Höhe der Finanzierung, die Gelder selbst werden dann ausschließlich entsprechend den Empfehlungen dieses Instituts verteilt. Durch dieses System, das sich stark auf die sogenannte evidenzbasierte Gesundheitsversorgung stützt, wird keine Rücksicht auf die Zufriedenheit der Bevölkerung genommen. Zudem kann die Politik über das Gesundheitswesen keine „Geschenke“ verteilen. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass die Patientenzufriedenheit verglichen mit andern Ländern niedrig ist. Ausgehend von den messbaren Indikatoren, die über die Qualität einer Gesundheitsversorgung Aussagen treffen wollen, ist das jedoch nicht nachvollziehbar. Weder die Zahl der oft zitierten Hüftoperationen, noch die Lebenserwartung, noch die Kindersterblichkeit etc. zeigen wesentliche Unterschiede zu anderen hoch entwickelten Gesundheitssystemen, ja selbst die Wartezeiten sind nicht wesentlich unterschiedlich, sondern nur wesentlich transparenter dokumentiert. Eines allerdings haben die anderen Länder in der Regel gemein – die Gesundheitsversorgung ist teurer.

Die Situation in Österreich

In Österreich existiert keine Definition von Gesundheit. Es ist auch keine Präferenz für eine der im Kapitel „Gesundheit“ angebotenen Definitionen erkennbar. Vielmehr wird tages- und regionalpolitisch motiviert die eine oder die andere herangezogen, um gesundheitspolitische Maßnahmen zu setzen oder zu rechtfertigen.

Im aktuellen Regierungsprogramm sind die folgenden Aussagen zu finden:

- Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik der Bundesregierung steht der Bedarf der Patienten.
- Ausgehend vom Bedarf der PatientInnen sind Gesundheitsprozesse so zu gestalten, dass Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Pflege in der richtigen Reihenfolge, von der richtigen Stelle, in angemessener Zeit und mit gesicherter Qualität und maximalem Ergebnis erbracht werden.

Anhand dieser Aussagen wäre zu vermuten, dass die österreichische Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht sein soll. Da man sowohl gesicherte Qualität als auch maximales Ergebnis fordert, ist anzunehmen, dass es sich dabei ausschließlich um krankheitsorientierte und wissenschaftlich beweisbare Maßnahmen handeln kann. Daher würde also implizit eine krankheitsorientierte Gesundheitsdefinition zur Anwendung kommen. Wäre das eine klare Entscheidung, könnten darauf aufbauend Gesundheitsziele definiert werden, die wieder klare Strategien nach sich ziehen, um die Gesundheitsversorgung zu organisieren. Anders ausgedrückt, wären Public-Health-Modelle entwickelbar. Die im Kapitel „Gesundheit“ beschriebenen Probleme einer krankheitsorientierten Gesundheitsdefinition mit altersbedingten und daher nicht per se krankhaften Veränderungen sind ein altbekanntes Problem in der österreichischen Gesundheitsversorgung (spätestens seit 1969). Da erstmals aber auch die Pflege in die Definition der Gesundheitsversorgung aufgenommen wurde, könnte es wenigstens hinkünftig für alte Menschen ebenfalls einen festen Platz in der Gesundheitsversorgung geben. Dazu müsste es jedoch rasch auch zur Einführung geriatrischer Medizin kommen. Entsprechende Maßnahmen, wie beispielsweise eine Facharztausbildung oder ein Lehrstuhl für Geriatrie sind allerdings noch nicht angedacht. Auch die Bündelung der Kompetenzen des Sozialbereichs mit dem Gesundheitsbereich in diesem Punkt wurde nicht vollzogen, sondern vielmehr wurden die beiden Ministerien auch noch zwischen den Parteien aufgeteilt – mit all den hinlänglich bekannten tagespolitischen Schwierigkeiten.

Trotzdem könnte man mit den zitierten Aussagen gut arbeiten. Allerdings sind im gleichen Regierungsprogramm auch folgende Aussagen zu lesen:

- Ziel ist eine lange Lebenserwartung bei guter Gesundheit, höchstmögliche Patientenzufriedenheit und umfassender Schutz vor dem finanziellen Risiko einer Erkrankung.
- Patientenorientierte Behandlung – unter Einschluss der Komplementärmedizin (z. B. Homöopathie, TCM etc.)
- Im Interesse der bestmöglichen Zufriedenheit der Betroffenen soll eine bessere Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheits-, Pflege- und Betreuungsbereich sowie eine Abstimmung der Finanzierungsflüsse im Gesundheits-, Sozial- und Pflegebereich mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und leistbaren integrierten Versorgung geschaffen werden.

Anhand dieser Aussagen würden ganz andere Ziele entstehen, bedürfnisorientierte Ziele. Es geht nicht mehr um wissenschaftlich sinnvolle, bedarfsgerechte Maßnahmen in der Versorgung sondern darum, jene Versorgung bereitzustellen, die ein möglichst hohes Maß an Zufriedenheit erzeugt – selbst wenn dazu wissenschaftlich unbewiesene Maßnahmen wie Homöopathie oder traditionelle chinesische Medizin notwendig sind. Es gibt keine Möglichkeit, willentlich bedarfsorientiert und gleichzeitig bedürfnisorientiert zu arbeiten. Es ist quasi ein Zufallsprodukt, ob die Bedarfsorientierung und Bedürfnisorientierung zusammenfallen. Es soll nur die Krankenhausplanung erwähnt werden. Dass es in Österreich zu viele gibt, bestreitet nicht einmal die Politik – die Zahl der Krankenhausbetten ist also definitiv nicht bedarfsorientiert. Aber eines zu schließen, widerspricht natürlich regionalen Interessen und so auch den Bedürfnissen der regionalen Bevölkerung. Daher kann es unter der Prämisse einer bedürfnisorientierten Gesundheitsversorgung nicht zu bedarfsgerechten Schließungen kommen. Mehr noch, eine Planung wird unter diesen Umständen nicht möglich. Da aber eine solidarische Finanzierung gefordert wird, die eine marktwirtschaftliche Steuerung nicht zulässt, braucht es ein anderes Steuerungsinstrument, will man nicht in ein finanzielles Debakel gelangen. Aber welches? Politische Willkür? Soll es wirklich der Tagespolitik überlassen werden, welche Leistungen solidarisch finanziert werden, welche nicht?

Und um zu zeigen, dass es noch ein weiter Weg in Österreich ist, bis Public-Health-Erkenntnisse auch auf Ebene der Entscheidungsträger einziehen, soll folgende Aussage aus dem aktuellen Regierungsprogramm zitiert werden:

- Weiterentwicklung von bedarfsgerechten Betreuungs- und Pflegemodellen nach den Bedürfnissen von Betroffenen und Angehörigen,

Es ist also im Österreichischen Gesundheitswesen möglich, in einem einzigen Satz Widersprüche (bedarfsgerecht – nach den Bedürfnissen) einzubauen, ohne dass es jemandem auffällt.

Hingegen sind sich alle sicher, dass die heutige Versorgung ohnehin nicht verbessert werden kann. So liest man in der gültigen Artikel 15a B-VG – Vereinbarung (Anm.: eine Vereinbarung nach dem Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes ist ein Staatsvertrag, der zwischen der Bundesregierung und den Ländern abgeschlossen werden muss, wenn man gemeinsam jene Bereiche gesetzlich regeln will, die nach der Verfassung eigentlich Sache der Länder ist. Die gültige 15a-Vereinbarung ist die 73. dieser Art, beschäftigt sich mit der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und gilt bis 2008):

- Die Vertragsparteien verbinden mit dieser Vereinbarung die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen.

Andererseits ist auch der folgende Satz zu finden, der eigentlich im Widerspruch zum ersten steht:

- Eine hochstehende medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen, ist vorrangiges Ziel.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass auf Ebene der politischen Entscheidungsträger KEIN klares Verständnis darüber existiert, was man eigentlich als Gesundheitsversorgung haben will. Die Grundsätze sind dermaßen widersprüchlich formuliert, dass alles Platz findet, solange es nur jemand mit ausreichend politischer Kraft einfordert.

Da es zu keinen eindeutigen politischen Aussagen kommt, ist es auch nicht verwunderlich, dass die Gesetzeslage, die das Gesundheitssystem steuern soll, diese Widersprüchlichkeiten aufnimmt. Es ist zersplittert in eine Unmenge an Sozialversicherungsgesetzen und Verfassungsbestimmungen, die eine gesamthafte und bundesweite Public-Health-Strategie verunmöglichen. Logischerweise gibt es auch kein offiziell anerkanntes Public-Health-Institut, das verbindliche Empfehlungen aussprechen kann. Eine ernsthafte Diskussion über Ressourcen wird nicht geführt, ebenso wenig über eventuelle wissenschaftlich fundierte Prognosen. Es besteht eine naive Hoffnung, dass alles so bleiben kann, wie es ist. Die Gesundheitsversorgung in Österreich wird durch Interessensvertretungen, politische Parteien und einflussreiche Persönlichkeiten gesteuert und bewegt sich immer weiter weg von „vernünftigen“ Strukturen.

Evidenzbasierte versus Eminenzbasierte Gesundheitspolitik

Hintergrund

Die moderne Definition der Gesundheitsversorgung umfasst alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, seien sie gesundheitserhaltender, präventiver, diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegender oder palliativer Natur. Wesentlich ist nur, dass sie

sich mit Krankheiten oder Symptomen, die ein Individuum aufweist, beschäftigen, unabhängig ob sie körperlich, seelisch oder verhaltensmäßig sind, einzelne Zellen oder Gene, Strukturen oder Funktionen des Körpers oder eines Teils des Körpers betreffen.

Gesundheitsversorgung ist also geprägt von einer Unmenge an Einzelmaßnahmen (als Beispiel sei nur angemerkt, dass es alleine in Österreich ca. 120 bis 150 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte gibt), die in Summe das Ziel haben sollten, die Gesundheit des einzelnen und der Bevölkerung insgesamt zu verbessern oder zu erhalten.

Wie bereits gezeigt wurde, ist der Versuch der Definition von Gesundheit sehr schwierig, daher hat sich rund um die Maßnahmen der Gesundheitsversorgung ein dichtes Netz an Wissenschaften entwickelt. Das Gut Gesundheit ist zu wertvoll, als dass man auf Maßnahmen setzte, die Quacksalberei gleichzusetzen wären. Daher ist auch die Ausbildung in Gesundheitsberufen überall streng geregelt, Kurpfuscherei wird sogar strafrechtlich verfolgt. Diese Wissenschaften, von der Medizin bis zur Pflegewissenschaft, haben eine Fülle an Erkenntnissen geliefert, welche Maßnahmen zielführend sind, welche nicht, welche besser sind als andere, welche mehr Nebenwirkungen haben, welche weniger. Das Wissen um Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung wird immer größer.

Ein Effekt des stetig steigenden Wissens ist eine immer weitergehende Spezialisierung. Gab es vor hundert Jahren noch so etwas wie den allgemeinen Internisten, den allgemeinen Chirurgen und den fast alles machenden Hausarzt, ist die Innere Medizin heute in zahlreiche Subdisziplinen zerfallen, die sich entweder nur mit der Niere, oder der Lunge, oder dem Stoffwechsel beschäftigen. Die Chirurgen haben sich in Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Bauchchirurgie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie, Lungenchirurgie etc.

spezialisiert. Auch im nichtärztlichen Bereich lässt sich ähnliches feststellen, wie man an Hand der Fülle der Gesundheitsberufe sieht: Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammen, Gesundheitspsychologe(in), Kardiotechniker(in), klinische(r) Psychologe(in), Pharmareferent(in), Psychotherapeut(in), Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, die in Dipl. Physiotherapeut(in), Dipl. biomedizinische Analytiker(in), Dipl. radiologisch-technische(r) Assistent(in), Dipl. Diätassistent(in) und ernährungs-medizinische(r) Berater(in), Dipl. Ergotherapeut(in), Dipl. Logopäde(in), Dipl. Orthoptist(in) eingeteilt werden können, Dipl. medizinisch-technische Fachkraft, Sanitäter(in), Medizinischer Masseur(in) und Heilmasseur(in) und schließlich die Sanitätshilfsdienste bestehend aus Operationsgehilfe(in), Laborgehilfe(in), Prosekturgehilfe(in), Ordinationsgehilfe(in), [Heilbademeister(in) und Heilmasseur(in)], Heilbadegehilfe(in), Ergotherapiegehilfe(in), Desinfektionsgehilfe(in).

Diese Entwicklung zeigt eine Spirale der aufgeklärten Wissensgesellschaft auf. Das ständig wachsende Wissen führt dazu, dass es immer weniger Menschen gibt, die alles Wissen, ja nicht einmal ein einzelnes Wissensgebiet ausreichend beherrschen, um es anzuwenden, aber auch zu lehren. Daher konzentrieren sie sich auf ein Teilgebiet. Durch diese Konzentration auf ein Teilgebiet kommt es jedoch wieder zu vermehrtem Wissenszuwachs, der schließlich wieder in einer weiteren Subspezialisierung münden muss. Diese Entwicklung existiert seit der Aufklärung, hat sich jedoch seit der Einführung der elektronischen Datenverarbeitungsmöglichkeiten dramatisch beschleunigt. Denken wir an die Softwareentwicklung. Auch wenn in letzter Zeit die Geschwindigkeit der Entwicklung etwas nachgelassen hat, gab es doch nicht allzu lang vergangene Zeiten, in denen man beim Lesen eines Buches wusste, dass es, sobald man es beendet hat, veraltet sein wird.

Eminenzbasierte Gesundheitspolitik

In der Medizin muss man davon ausgehen, dass sich der Wissensstand alle fünf bis sieben Jahre verdoppelt. Ein Medizinstudent, der für seine Ausbildung sechs Jahre braucht, hat daher am Ende seines Studiums gerade einmal genug Rüstzeug, die ersten paar Jahre damit auszukommen. Sollte er sich nicht ausreichend fortbilden oder fortgebildet werden, was man

beispielsweise im Bereich der Turnusarztausbildung ständig bemängelt, dann ist sein Wissen in kürzester Zeit veraltet. Die einzige Chance, am aktuellen Stand des Wissens zu bleiben, ist das lebenslange lernen. Im Bereich der Gesundheitswissenschaften und hier im Besonderen in der Medizin, fordert es jedoch einen so hohen Zeiteinsatz, dass man leider davon ausgehen muss, dass dieser Aufwand durch den einzelnen nicht erbracht wird. Leider ist es Realität, dass das Wissen in der ersten Hälfte der Karriere eines Arztes am höchsten ist, sein Einfluss aber erst in der zweiten Hälfte wächst. Damit kommt es zum Phänomen, dass häufig die leitenden Ärzte in der Praxis weniger wissen als ihre nachgeordneten Ärzte. Solange das Wissensdefizit durch größere Erfahrung gefüllt werden kann, wird es zu keinen Problemen führen. Das wird solange möglich sein, wie der erfahrene Arzt bereit ist, stets Neues zu lernen. Wenn das allerdings nicht oder nicht mehr gelingt, dann sind Konflikte vorprogrammiert. Konflikte, die nicht aus persönlichen Charakterzügen resultieren, sondern aus dem Wunsch der jungen Ärzte, entsprechend den wissenschaftlichen Ergebnissen zu handeln und der disziplinarischen Macht der „alten Ärzte“, Behandlungsmethoden entsprechend der eigenen Erfahrung vorzuschreiben. In der Welt der Ärzte ist also ein Generationenkonflikt systemimmanent.

Ein zweites Phänomen setzt an diesem Punkt an. Krankenhäuser sind in der Regel für die Ausbildung der Ärzte verantwortlich. Wenn zwischen den jungen Ärzten und der Leitung bereits ein Konflikt über Behandlungsmethoden entstanden ist, dann werden insbesondere die guten jungen Ärzte über kurz oder lang eine Absprungmöglichkeit suchen, da sie es ja auch sind, die auf Grund ihres Wissens diese Konflikte hervorgerufen haben. Die Folge davon ist eine ungewollte „negative Selektion“ unter den im Krankenhaus verbleibenden „Ausbildnern“. Was das für Folgen hat, erklärt sich selbst. Doch auch außerhalb des Krankenhauses setzt sich das Prinzip der jungen „wissensstarken“ Ärzte in Konkurrenz zu etablierten „erfahrenen“ Ärzten fort. In dem Fall über die Interessensvertretung der Ärztekammer. Auch wenn solche Situationen in der ärztlichen Welt der Gesundheitsversorgung am stärksten anzutreffen sind (sie spielen auch die wichtigste Rolle), ist keine Berufsgruppe davor gefeit.

Unter diesen Umständen kristallisiert sich im Laufe der Zeit eine Gesundheitsversorgung heraus, in der zunehmend Erfahrung höher bewertet wird, als Wissen. In weiterer Folge werden nicht nachprüfbar Ergebnisse als wahr angenommen, sondern Aussagen als wahr gewertet, solange sie nur von einer erfahrenen Persönlichkeit stammen. Wahr ist nicht, was bewiesen werden kann, sondern was ein erfahrener Arzt sagt. Wie dargestellt, ist es für den Einzelnen jedoch immer schwieriger, die Unmenge an wissenschaftlichen Erkenntnissen wahrzunehmen, geschweige denn sie in der Praxis umzusetzen. Dazu kommt, dass bei Fragestellungen in der Regel nicht Personen gefragt werden, die sich mit einem Thema nachweislich auskennen (weil sie beispielsweise in dem Bereich forschen), sondern immer stärker auf „etablierte Experten“ zurückgegriffen wird. Insbesondere die Medien ziehen für Interviews lieber „große Namen“ heran als „unbekannte Wissenschaftler“. In die gleiche Presse springen dann auch Politiker, die sich ebenfalls „große Namen“ in ihren Beraterstab holen. Und auf diesem Weg werden sich zunehmend jene Ärzte durchsetzen, die medial gut ankommen oder ein politisches Gespür besitzen und jene Ärzte, die wissensorientiert sind, zurückdrängen.

Die oben skizzierte Entwicklung stellt keinesfalls eine österreichische Spezialität dar, sondern war in allen Ländern zu beobachten. Österreichspezifisch ist höchstens das starke Festhalten am Senioritätsprinzip, das einer solchen Entwicklung Vorschub leisten kann. In der Literatur ist diese Entwicklung als sogenannte eminenzbasierte Medizin bekannt. Also eine Medizin, die sich nicht daran orientiert, was als bewiesen gelten kann, sondern daran, was eine „(graue) Eminenz“ sagt. Es gilt das Prinzip, „Wahr ist, was die Eminenz sagt“ So werden wesentliche Entscheidungen zunehmend von Eminenzen bestimmt, die sich an Wissenschaftsergebnissen halten können, aber nicht müssen. Allerdings endet eine solche eminenzbasierte Medizin nicht

bei der Behandlung einzelner Menschen, sondern erfasst über kurz oder lang auch die gesamte Gesundheitspolitik. Das führt dazu, dass sich Eminenzen der Gesundheitspolitik mit den Eminenzen der Medizin gemeinsam auf eine eminenzbasierte Gesundheitsversorgung „einigen“. Die Folge dieser Entwicklung ist eine Gesundheitsversorgung, die bestimmt wird durch die (äußerst subjektive) Erfahrung von Personen und nicht durch die Erkenntnisse der Forschung. Ein solches System ist allerdings nur so lange als modern zu bezeichnen, wie die Erfahrung der Entscheidungsträger ausreicht, das Wissensdefizit auszugleichen. In einem Bereich, der sich jedoch so dynamisch entwickelt wie die Gesundheitswissenschaften, ist diese Periode nur kurz.

Finanzielle Konsequenzen eminenzbasierter Gesundheitspolitik

Wie bereits angedeutet, endet eminenzbasierte Gesundheitsversorgung nicht beim Patienten oder Arzt. Die lebenserhaltende Triebfeder eminenzbasierter Medizin ist eine eminenzbasierte Gesundheitspolitik. In demokratischen Ländern ist es selbstverständlich, dass gewählte Volksvertreter strategische Entscheidungen treffen. Um diese Entscheidungen nach bestem Wissen und Gewissen treffen zu können, stellt in der Regel das Volk seinen Vertretern ein Heer an Beamten, Dienststellen und steuerfinanzierten Parteiapparaten zur Verfügung, in denen genug Expertise gesammelt werden sollte, um die richtigen Entscheidungen zu treffen – und in vielen Fällen funktioniert das auch gut.

In der Gesundheitsversorgung allerdings, versagen solche Expertenentscheidungen sehr leicht. Man muss sich vorstellen, dass Ärzte höchstes Sozialprestige haben, sie moderieren 120 bis 150 Millionen Arztpatientenkontakte pro Jahr. Dazu kommt, dass innerhalb der Ärzteschaft eine streng hierarchische Organisation besteht und eminenzbasierte Aussagen viel wichtiger genommen werden als kühle rationale Expertenentscheidungen. In so einem Umfeld wirken Expertenentscheidungen sehr rasch kalt, herzlos und unpersönlich. Politiker allerdings müssen solche Entscheidungen „verkaufen“. Es verwundert daher auch nicht, dass sich eminenzbasierte Gesundheitspolitik leichter durchsetzt, als Expertenentscheidungen. Umso mehr, als es ein alter Leitsatz der Politik ist, dass man mit Gesundheitspolitik keine Wahlen gewinnen, sehr wohl aber verlieren kann.

Die Folge einer solchen eminenzbasierten Gesundheitspolitik ist, dass sich die Politik weder an Ressourcen noch an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert und viel zuviel verspricht. (Spitzenmedizin für alle!). Es ist eigentlich unmöglich vorauszusagen, was es kosten würde, wenn eminenzbasierte Gesundheitspolitik gänzlich ohne finanzielle Schranken agieren könnte – das würde wohl irgendwo zwischen 10 000 und 15 000 Euro pro Kopf und Jahr liegen. Das BIP, also das gesamte, pro Jahr erarbeitete Volksvermögen, beträgt aufgerechnet pro Kopf etwa 32 000 Euro. Eine eminenzbasierte Gesundheitspolitik würde also die Hälfte des erwirtschafteten Geldes verbrauchen.

Eminenzbasierte Gesundheitspolitik hat in allen Sozialsystemen zu immer stärker steigenden Kosten und Steuern geführt. Solange eminenzbasierte Gesundheitspolitik betrieben wird, sind die Grenzen der Finanzierbarkeit möglicherweise mit sozialen Unruhen verbunden. Es gibt nicht wenige Experten, die vor solchen Entwicklungen warnen, wenn nicht bald Vernunft in alle Sozialsysteme und hier insbesondere bei den Pensionssystemen und Gesundheitssystemen einzieht.

Evidenzbasierte Gesundheitspolitik

Evidenzbasierte Medizin – EBM

Mittlerweile existieren zu sehr vielen Themen wissenschaftliche Studien. Eine wissenschaftliche Studie läuft in der Regel nach immer den gleichen Mechanismen ab. Ein

Wissenschaftler stellt sich zu einem Thema eine Frage. Er beginnt zu recherchieren, welche Antworten andere Wissenschaftler zu diesem Thema bereits haben. Dazu verwendet er in der Regel wissenschaftliche Datenbanken. In diesen Datenbanken liegen tausende und abertausende Publikationen, die in den unterschiedlichsten wissenschaftlichen Zeitschriften erschienen sind. Gibt es keine Antwort in der Literatur, dann wird er eine Studie machen, und die Ergebnisse publizieren.

Man kann sich vorstellen, wie viel Arbeit es bedeutet, nur in seinem Spezialgebiet am Laufenden zu bleiben. Noch dazu ist der hier beschriebene Weg ganz klar ausschließlich für Wissenschaftler begehbar. Kein „normaler“ Arzt an der „Front“ darf sich auf ein einziges Gebiet konzentrieren oder hat auch nur annähernd die Zeit, sich mit diesen Dingen fundiert auseinanderzusetzen. Die immer stärker steigende Zahl wissenschaftlicher Erkenntnisse auf der einen, die immer geringer werdenden Ressourcen (Zeit und Geld) auf einer anderen und die immer höher werdenden Qualitätsansprüche (die auch in Europa zunehmend vor Gerichten eingeklagt werden) auf der dritten Seite, lassen die Gesundheitsversorgung in einem hohen Spannungsfeld stehen.

Um nun trotzdem die Wissenschaftlichkeit nicht gänzlich als Basis für Entscheidungen zu verlieren und in das Zeitalter der Erfahrungsmedizin zurückzufallen, um wissenschaftliche Erkenntnisse effizient in die tägliche Praxis einzuführen, hat sich parallel zur Entstehung der modernen wissenschaftsbasierten Medizin die Idee herauskristallisiert, wissenschaftliche Arbeiten systematisch aufzuarbeiten. Das ist die Idee der Evidenzbasierten Medizin (EBM), bzw. die Praxis der Evidenzbasierten Medizin.

Der Ausdruck Evidenz stammt aus dem lateinischen und bedeutet ersichtlich, augenscheinlich und in weiterer Folge Beweis. Evidenzbasierte Medizin bedeutet daher, beweisgestützte Medizin. Es ist ein großer Irrtum, wenn in der Öffentlichkeit davon gesprochen wird, dass EBM alle Maßnahmen, die keinen beweisbaren Effekt erzielen, verbieten will. Dieser Irrtum beruht auf der teils unehrlich geführten Diskussion durch die Eminenzen, die in der EBM einen natürlichen Feind sehen. EBM sieht sich in einer komplett konträren Rolle. EBM bedeutet entsprechend der Definition, 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 Erfahrung mit der besten verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung – und hat daher nichts mit Verboten zu tun!

Die Idee hinter EBM ist im Grunde sehr einfach. Statt eine wissenschaftliche Frage selbst zu recherchieren, lässt man diese durch eigens eingerichtete Institutionen recherchieren. Diese Institutionen heben alle Publikationen zu der gestellten Frage aus. Die Publikationen werden nach bestimmten Regeln sortiert und auf ihre Beweiskraft bewertet. Um zu verstehen, wie es möglich ist, Studien nach ihrer Beweiskraft zu ordnen, muss man wissen, dass die Beweiskraft einer Studie maßgeblich von ihrem Design abhängt und nicht jede Studie geeignet ist, die ihr gestellten Fragen richtig zu beantworten. In der EBM sortiert man daher die gefundenen Studien nach ihrer Beweiskraft und wertet natürlich die Studien mit hoher Beweiskraft höher, als Studien mit geringerer Beweiskraft. Um es vorwegzunehmen, man muss Erfahrung und Übung besitzen, um herauszufinden, wie gut oder schlecht eine Studie eine Frage beantwortet. Die systematische Aufarbeitung der gefundenen Publikationen führt zu einem Bericht, der knapp und verständlich die Sachlage zusammenfasst.

Wenn wir also zusammenfassen: EBM ist keine Forschungsrichtung, sondern eine Dienstleistung, die nach transparenten Regeln Sekundärliteratur für die tägliche Praxis herstellt (ähnlich einem Gastronomieführer). Die EBM verfolgt die Absicht, die Kluft zwischen den ständig steigenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem täglichen Leben zu überwinden.

Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung – EBGV

Der Erfolg dieser Vorgehensweise war so groß, dass innerhalb kürzester Zeit, andere Wissenschaftszweige die Methode übernommen haben. Mittlerweile gibt es sogar evidenzbasiertes Management. Für die Gesundheitsversorgung wichtig war die Entwicklung der sogenannten evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Sie stellt im Wesentlichen die konsequente Weiterführung der Public-Health-Forschung dar und ist mittlerweile ein Rückgrad für Entscheidungen in vielen Gesundheitssystemen geworden. Anders als die EBM, die meist nur die Effektivität der untersuchten Maßnahme untersucht, setzt die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung dies in den Kontext des Ressourceneinsatzes. Das klingt in vielen Ohren sicher hart. Wie jedoch bereits im Kapitel Gesundheitsversorgung angeführt, kann nur bei Vorhandensein unendlicher Ressourcen der Kostenfaktor aus dem Gesundheitswesen ausgeblendet werden. Da das jedoch nicht der Fall ist, müssen die Ressourcen vernünftig eingesetzt werden. Ein vernünftiger Einsatz bedeutet jedoch das Anstellen von Kosten-Nutzen-Rechnungen. Das ist keine Forderung von neoliberalen Ökonomen, sondern seit langer Zeit als Wirtschaftlichkeitsprinzip gesetzliche Vorschrift. Und genau dieses Wirtschaftlichkeitsprinzip fordert, dass bei gegebenen Ressourcen ein Maximum an Nutzen zu erzielen ist. Wenn also der maximale Nutzen erzielt werden soll, muss man als Entscheidungsträger wissen, welchen Nutzen eine Maßnahme hat und was diese Maßnahme kostet. Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung nimmt damit die Rolle wahr, die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften und der Wirtschaftswissenschaften so zusammenzuführen, dass eine beweisgestützte Entscheidung auch durch Nicht-Experten möglich wird. Um diese Rolle wahrnehmen zu können, stehen zwei Instrumente zur Verfügung, die unterschiedliche Ziele verfolgen. Es sind dies einerseits die Leitlinien, andererseits die Health-Technology Assessment-Berichte (HTA-Berichte).

Leitlinien

Für fast jede Krankheit gibt es verschiedene Behandlungen. Der Grund, warum es meist mehr als eine Behandlungsoption gibt, liegt in der Individualität jedes Patienten und dem Wunsch des behandelnden Arztes, das Beste für seinen Patienten zu tun. Um das Ziel zu erreichen, wurde seit jeher direkt am Patienten „ausprobiert“ und zwar mit Einverständnis des Patienten. Je erfahrener ein Arzt war, desto größer war sein „Repertoire“ an Behandlungsmöglichkeiten. Je weiter die Wissenschaft fortschreitet, umso größer und vielfältiger werden diese Optionen und umso weniger kann der Arzt ausprobieren und sich auf seine Erfahrung stützen. Leitlinien versuchen nun, diese Behandlungsoptionen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu ordnen und aufzuarbeiten, dass Ärzte in der Praxis einen raschen Überblick über die Behandlungsoptionen und eine klare Empfehlung über die Behandlung einer bestimmten Krankheit erhalten. Dabei werden Leitlinien so erstellt, dass auch der Zustand eines Patienten berücksichtigt wird. Es soll also dem Arzt möglich werden, je nach Zustand und Umständen des Patienten eine Therapieoption zu wählen. Jede Option wird dem aktuellen Wissensstand entsprechend beschrieben. Eine wesentliche Zielvorstellung von Leitlinien ist es, möglichst alle Patienten am Fortschritt der Medizin so zeitnah wie möglich teilhaben zu lassen. Man verspricht sich dadurch nicht nur eine Effektivitätserhöhung, sondern klarerweise auch eine Effizienzsteigerung. Also, dass bei gegebenen Ressourcen der Patientennutzen gesteigert werden kann. Leitlinienmedizin ist nicht als Korsett für die Behandlung zu verstehen, sondern als Hilfestellung bei der Therapieentscheidung durch den behandelnden Arzt. Im Gegensatz zu den EBM-Berichten, können Leitlinien nicht mehr ausschließlich von unabhängigen EBM-Experten erstellt werden, sondern müssen mit Experten der einzelnen medizinischen Disziplinen (z. B.: Internisten, Chirurgen etc.) in Konsenskonferenzen diskutiert und beschlossen werden. Daher spielen die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Leitlinienmedizin eine wesentliche Rolle. In der Regel sind es sogar diese

Fachgesellschaften selbst, die die Entwicklung der Leitlinien anstrengen. Die große Schwierigkeit solcher Leitlinien ist nicht so sehr die erstmalige Erstellung, sondern vielmehr die kontinuierliche Wartung. Durch den Fortschritt der Wissenschaft ist die Wartung eine ständige Aufgabe und verlangt eine fachlich versierte Koordination.

Eine Weiterentwicklung von Behandlungsleitlinien, wie sie gerade skizziert wurden, sind Versorgungsleitlinien (in der englischen Literatur auch Disease-Management-Programme genannt, also Krankheits-Management-Programme). Liegt bei Behandlungsleitlinien der Focus auf den Behandlungsoptionen, wird bei Versorgungsleitlinien auch die logistische Frage gestellt. Es soll auch die Frage beantwortet werden, wo und wann die Behandlung durch wen richtigerweise zu erfolgen hat. Richten sich Behandlungsleitlinien an den individuellen Arzt, sind Versorgungsleitlinien gedacht, politische Entscheidungsträger zu unterstützen. In Versorgungsleitlinien sind daher neben den richtigen Behandlungen, die vorausgesetzt werden, auch Gesundheitsziele definiert. Meist sind Gesundheitsziele, deren Aufstellung ursprüngliche Aufgabe der Gesundheitspolitik ist, auch der Ausgangspunkt für die Erstellung von Versorgungsleitlinien. Man muss sich vorstellen, dass die Politik beispielsweise das Ziel definiert, die Anzahl der Herzinfarkt-Toten bei den unter 60-Jährigen um 50 % zu reduzieren. Um das zu erreichen, ist nicht nur eine optimale Behandlung nötig, sondern auch, dass die Patienten in entsprechender Entfernung eine ausreichend ausgestattete Versorgungseinrichtung in entsprechender Zeit vorfinden, in der die optimale Behandlung qualitativ auch erbracht werden kann. Also müssen genug Spitäler mit ausreichend qualifiziertem Personal und Therapiemöglichkeiten vorhanden sein, es müssen genug Rettungswagen vorhanden sein, damit der Patient schnell in ein solches Spital gebracht werden kann, es muss genug Ärzte geben, die ausreichend diagnostische Erfahrung haben, um Herzinfarkte schnell zu diagnostizieren und schließlich muss es entsprechende Maßnahmen geben, die die Bevölkerung aufklären, mit welchen Symptomen sie rasch zu einem Arzt gehen sollen. Nur wenn diese Versorgungskette funktioniert, ist es möglich, Gesundheitsziele zu erreichen. Und dass sie funktionieren können, setzt Planung voraus, die sich an den Versorgungsleitlinien orientieren muss.

Entsprechend dieser Aufgabe ist es verständlich, dass sich Versorgungsleitlinien in der Regel auch nicht mit seltenen Krankheiten beschäftigen. Behandlungsleitlinien sind theoretisch für alle Krankheiten aufstellbar. Limitierend ist in der Regel die ressourcenaufwendige Wartung, also die Ressourcen der Experten, die nur solange Experten bleiben können, solange sie Patienten behandeln. Das schränkt ihre zeitlichen Ressourcen in der Regel soweit ein, dass es zwar für viele, aber bei weitem nicht für alle Krankheiten Behandlungsleitlinien gibt oder geben kann. Bei Versorgungsleitlinien, die ja in der Regel auf Behandlungsleitlinien aufbauen, müssen eventuell ganze Organisationen und Einrichtungen auf ein Ziel ausgerichtet werden, es müssen Spitäler gebaut oder umgerüstet, Ärzte angesiedelt, Personal qualifiziert, Transportmittel angeschafft und Patienten überzeugt werden. So ein Unterfangen zahlt sich nur für sogenannte Volkskrankheiten wie Zuckerkrankheit, Herzgefäßerkrankung etc. aus.

Leitlinien, ob Behandlungsleitlinien für Ärzte oder Versorgungsleitlinien für Politiker, haben also beide das Ziel, den direkten Anwendern praktische Entscheidungshilfen zu geben. Sie zeigen einen idealen und wissenschaftlich abgesicherten Verlauf auf, an dem man sich orientieren kann.

Health-Technology Assessment-Berichte (HTA-Berichte).

Haben Leitlinien in erster Linie die Behandlung von Patienten als Thema, beleuchten HTA-Berichte die ökonomischen Gesichtspunkte. Der klassische HTA-Bericht dient dazu, zwei oder mehrere Behandlungsoptionen ökonomisch zu vergleichen. In der Regel entsteht eine neue Behandlungsoption durch eine Erfindung oder Entwicklung einer neuen Technologie, wobei Technologie hier im weitesten Sinne zu verstehen ist. Als Technologie werden beispielsweise auch neue Medikamente oder Behandlungsformen ohne besonderen

technologischen Aufwand gewertet. Daher auch der Name, der etwas sperrig übersetzt etwa Gesundheitstechnik-Folgekosten-Abschätzung bedeuten könnte.

Man muss sich das so vorstellen: Wenn für eine Krankheit A zwei Behandlungsmöglichkeiten bestehen, dann, das sagt bereits der Hausverstand, sollte man die nehmen, die besser wirkt. Wenn beide gleich wirksam sind, dann nimmt man die günstigere. Wenn eine ein bisschen wirksamer als die andere ist, dafür aber ein Vielfaches kostet, wird die Situation schon knifflig. Steht der Preis dafür oder nicht? Jeder, der schon einmal Semmeln gekauft hat, kennt diese Entscheidungsprobleme. Im Bereich der Behandlungsoptionen wird diese Entscheidungsschwierigkeit jedoch zu einer schwierigen ethischen Frage! Wer erhält welche Behandlung und woher nehme ich das Geld?

Wie wir eingangs festgestellt haben, kann nur im unrealistischen Fall unendlicher Ressourcen einfach festgelegt werden, dass immer die wirksamere Therapie gewählt wird – koste es was es wolle. In den meisten westlichen Ländern wurde erkannt, dass so eine Vorgangsweise zu einer Unfinanzierbarkeit führen muss. Darum musste eine Entscheidungsgrundlage geschaffen werden, die den Entscheidungsträgern, und hier im Besonderen den Geldgebern (z. B. Versicherungen) hilft, Behandlungsoptionen zuzulassen oder nicht zuzulassen.

Die besondere Aufgabe der HTA-Berichterstattung ist es, Behandlungsoptionen so aufzubereiten, dass sie vergleichbar werden. Das ist in der Regel sehr schwierig. Jede Behandlungsoption hat Wirkungen und Nebenwirkungen. Beides muss irgendwie gemessen und gegeneinander aufgewogen werden. Um solche Fragen zu beantworten, haben sich in der Wissenschaft Messgrößen herauskristallisiert. Die Wirkung einer Behandlung wird in „gewonnenen Lebensjahren“ gemessen. Anders ausgedrückt, wird in Studien untersucht, um wie viel Jahre die Patienten, die eine Therapie erhalten, länger leben, als die, die keine oder eine andere Therapie erhalten. Ein solches Studiendesign fordert jedoch eine sehr lange Beobachtungszeit. In vielen Fällen ist es einfach unethisch, ein Medikament zuerst 10 Jahre oder länger zu testen, bevor man es der Allgemeinheit zu Verfügung stellt. Bei Medikamenten für Kinder ist eine solche Untersuchung sogar unmöglich, müsste sie doch über 80 Jahre laufen. Um diesem „Zeitproblem“ zu entgehen, werden daher oft „Ersatzmessgrößen“ sogenannte Surrogatparameter verwendet. Surrogatparameter sind Messgrößen, die bereits seit vielen Jahren untersucht wurden und Teil eines Erkrankungsrisikomodells sind. Da diese komplexe Zusammenhänge vereinfacht darstellen, um sie berechenbar zu machen, müssen Annahmen getroffen werden. Deswegen ist das Verwenden von Surrogatparametern also immer kritisch zu hinterfragen und man muss sich einfach damit abfinden, dass selbst in der Wissenschaft vieles als realpolitischer Kompromiss dient. Würde man diese Kompromisse nicht schließen, könnte die medizinische Wissenschaft kaum Fortschritte machen.

HTA-Berichte versuchen nun, aufbauend auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien und Leitlinien herauszufinden, wie viel Lebensjahre durch eine Behandlung gewonnen werden können. Dabei wird in der modernen HTA-Berichterstattung nicht nur die absolute Zahl gewertet, sondern auch, und das wird hinkünftig immer wichtiger werden, auch die Lebensqualität mitberücksichtigt. Ein Beispiel: Mit den Möglichkeiten der heutigen Intensivmedizin, kann man, wenn man es denn darauf anlegte, den Tod eines sterbenskranken Menschen fast unendlich hinauszögern. Wenn nun dieser Mensch ein Jahr lang am Leben erhalten wird, dann hat man mit der Behandlung ein Lebensjahr gewonnen. Allerdings vermutlich kein qualitativ erstrebenswertes Lebensjahr.

Die Messung von Lebensqualität ist sehr schwierig. Objektive Kriterien, wie Selbstbestimmung und Willensäußerung sind nicht annähernd genug, um diese Qualität zu definieren. Viel zu viele subjektive Kriterien spielen hier hinein. Was der eine als unabdingbar für ein qualitativ gutes Leben braucht, ist für den anderen nutzloser Luxus. Um zu Bewertungskriterien zu kommen, die von möglichst allen akzeptiert werden, müssen breite und repräsentative Befragungen durchgeführt werden. Man muss also auf einem

„demokratischen“ Weg eine Einigung erzielen, was ein Leben lebenswert macht, ab wann ein Leben lebenswert ist, und wann nicht.

Ein Maßstab für HTA-Berichte ist also die Lebensverlängerung, direkt nachgemessen oder über Surrogatparameter abgeschätzt, als absolute Zahl oder nach Lebensqualitätskriterien bereinigt. Der andere Maßstab sind die Kosten der Behandlung, die der Lebensverlängerung gegenübergestellt werden müssen, um zu einer Kosten-Nutzen-Rechnung zu gelangen. Die Berechnung der Kosten ist nicht minder kompliziert. In einer einfachen Rechnung könnte man beispielsweise die Medikamentenkosten heranziehen. Doch das greift zu kurz. Man sollte ebenfalls einrechnen, dass die Medikamente durch einen Arzt abgegeben werden müssen, der den Patienten über Wirkungen und Nebenwirkungen aufklären sollte – das kostet Arbeitszeit. Der Patient wiederum kann in dieser Zeit nicht arbeiten, also auch nichts produzieren, damit entgeht der Wirtschaft Arbeitskraft und es sinkt die Produktivität. Man kann das Spiel sehr weit treiben, um die Kosten für eine Behandlung zu errechnen. Wesentlich ist, dass die Erstellung eines Kostenberechnungsmodells so transparent wie möglich, so realitätsnah wie möglich und so aussagekräftig wie möglich passiert. Am Ende dieser Berechnung wird ein Betrag in einer Währung stehen, der die „echten“ Kosten einer Behandlung darstellt. Aus dem Nutzen einer Behandlung, dargestellt in gewonnenen Lebensjahren, und den Kosten, dargestellt in Geldbeträgen, kann nun eine Kosten-Nutzen-Überlegung angestellt werden. Mit dem Wert „Kosten pro gewonnenem Lebensjahr“ steht nun ein Entscheidungskriterium zur Verfügung. Man kann entscheiden, ob der Geldeinsatz dem erwarteten Nutzen entspricht oder nicht, bzw. wenn zwei oder mehrere Behandlungsoptionen verglichen werden sollen, was die eine mehr kostet als die andere, und ob diese Mehrkosten durch den Nutzen rechtfertigbar sind oder nicht.

Solche HTA-Berichte liefern also eine Entscheidungsgrundlage – das ist aber selbst noch keine Entscheidung. Für die Entscheidung braucht man das Vermögen, zu sagen ja, das ist es mir wert, oder nein, das ist es mir nicht wert. Stellen wir uns vor, wir haben 5000 Euro in der Hand und eine Behandlung, die wahrscheinlich das Leben meines Nachbarn um 10 Tage verlängert, kostet 5000 Euro. Mit 5000 Euro kann man auch etwa 200 erblindeten Menschen in Afrika eine Operation ermöglichen, die Augenlicht für viel Jahre brächte. Wer soll nun das Geld bekommen? Was ist mehr wert? In der öffentlichen Diskussion, insbesondere in Österreich, gilt allein diese Fragestellung als obszön. In einer ersten Reaktion würde jeder meinen, dass beides finanziert werden muss! Aber ist das möglich? Wären für so ein Vorgehen nicht wieder unendliche Ressourcen nötig?

Finanzielle Konsequenzen evidenzbasierter Gesundheitspolitik

Um die Frage „Wie viele Ressourcen stehen eigentlich zur Verfügung?“ zu beantworten, gibt es mehrere Herangehensweisen. Dort, wo der Markt alleine regelt, dort ergeben sich die Ressourcen automatisch. Da kann nicht mehr ausgegeben werden, als da ist. Die Ressourcen werden über Angebot und Nachfrage gesteuert. Wie wir aber bereits festgestellt haben, ist eine rein marktwirtschaftlich gesteuerte Gesundheitsversorgung in Ländern mit christlicher Prägung nicht vorhanden. In dem Augenblick jedoch, in dem die öffentliche Hand für die Finanzierung von Behandlungen verantwortlich ist, ist die Frage, wie viele Ressourcen zur Verfügung stehen, nicht mehr einfach zu beantworten. Der einfachste Weg, der lange Zeit in vielen Ländern eingeschlagen wurde, war der, einfach alles zu bezahlen, was anfiel. Wenn Geld fehlte, wurden einfach die Steuern oder Beiträge erhöht. Die Frage, ob das Volk einverstanden ist mit dieser Art der Ressourcenverteilung, wurde nicht gestellt. Die gewählten Volksvertreter übernahmen die Entscheidung. Politiker entscheiden eminentbasiert, wie viel Geld nötig ist, um die ihrer Meinung nach „richtige“ Versorgungssituation herzustellen. Ein solcher eminentbasierter Zugang führte in so gut wie allen Sozialsystemen zu einer immer teurer werdenden Gesundheitsversorgung, die in einem Land früher, in dem anderen später in

eine Unfinanzierbarkeit mündete oder münden wird. Jene Länder, die sich der Situation bewusst wurden, begannen unterschiedliche Systeme der Entscheidungsfindung einzurichten. Auf Basis der EBM-Berichte wird es möglich zu entscheiden, welche Behandlungsoptionen die qualitativ besten Ergebnisse erzielen sollten. Anhand der Leitlinien wird es möglich, die effektivsten Behandlungsabläufe zu gestalten. Die HTA-Berichterstattung zeigt Wege, jene Behandlungswege einzuschlagen, die bei gegebenen Ressourcen den größtmöglichen Nutzen für die Patienten erzeugen. Damit liegen alle Entscheidungsgrundlagen vor, um eine „richtige“ Entscheidung treffen zu können, WIE man das Geld ausgibt. Entschieden werden muss quasi nur mehr, WIE VIEL Geld ausgegeben werden soll. Das WIE bleibt außerhalb der politischen Diskussion.

Um das WIE VIEL festzulegen wurden zwei Wege entwickelt.

Auf dem einen Weg wird durch politische Verhandlungen im Vorhinein festgelegt, wie viel Geld aus solidarisch finanzierten Geldquellen (z. B.: gemessen am BIP oder an den Gesamtsteuereinnahmen) der Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. Man spricht hier von gedeckelten Systemen, weil eben, was die Ausgaben betrifft, ein Deckel eingeführt wird. Mit diesem Geld können nun die politischen Institutionen „einkaufen“ gehen. Eingekauft werden jene Leistungen, die sich anhand der Entscheidungsgrundlagen als die herausgestellt haben, die bei gegebenen Ressourcen den größten Nutzen für die Patienten erwarten lassen können.

Die Fülle an bekannten und evidenzbasierten Behandlungsoptionen ist heute bereits so groß, dass die aktuell vorhandenen Sozialbudgets für die Gesundheitsversorgung (so im Schnitt 8 bis 10 % des BIP) vermutlich nicht ausreichen würden, alle diese Optionen in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem zur Verfügung zu stellen. Vermutlich würde so ein System bei Preisen von 2005 Ausgaben in der Höhe von 4000 bis 6000 Euro pro Einwohner (für Österreich wäre das eine Verdoppelung der heutigen Ausgaben) und Jahr bedeuten. Aber selbst wenn man ein Sozialbudget in entsprechender Höhe bereitstellen könnte, wäre ein solches Ansinnen gar nicht in die Realität umzusetzen. Um den größtmöglichen Nutzen für die Bevölkerung zu erzielen, braucht man entsprechend qualifiziertes Personal, das auch über entsprechende Routine verfügen muss. Vermutlich wäre nicht genug Personal vorhanden, um qualitätsgesichert die Ergebnisse zu erzielen, die in Studien erzielt werden können. Es ist mit anderen Worten praktisch unmöglich, allen die beste Versorgung zukommen zu lassen. Möglich ist nur die möglichst beste Versorgung. Wenn es also unmöglich ist, allen alle evidenzbasierten Behandlungsoptionen zukommen zu lassen, muss eine „Auswahl“ getroffen werden. Es ist nun Sache der Politik festzulegen, was alles mit den verfügbaren Ressourcen möglich wird. Stehen mehr Ressourcen zur Verfügung, wird die solidarisch bereitgestellte Versorgung breiter ausfallen können, stehen weniger Ressourcen zur Verfügung, ist sie entsprechend schmaler. Die Festlegung des „WIE VIEL“ führt bei gedeckelter Finanzierung also dazu, dass durch die öffentliche Hand jedem Einwohner eine „Grundsicherung“ als solidarisch finanzierte Leistung zur Verfügung steht. Alles, was über diese Grundsicherung hinausgeht, ist vom einzelnen dann selbst zu finanzieren bzw. zu organisieren. Will man in so einem System nicht Härten aufkommen lassen, fordert es eine maximale Dezentralisierung in den politischen Entscheidungswegen. Immerhin müssen Politiker Rationierungen vornehmen, da müssen die Empfänger ein tiefes Vertrauen in ihre Politiker haben. Und das ist nur gegeben, wenn diese Entscheidungen von regionalen Politikern (etwa Bürgermeistern) getroffen werden.

Der andere Weg festzustellen, wie viele Ressourcen einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, ist deutlich komplizierter, jedoch um ein vielfaches gerechter. Für diesen Weg sind Entscheidungen nötig, die nach Ansicht vieler als unmoralisch gelten. Denn dieser Weg erfordert die Bewertung der Gesundheit und in weiterer Folge auch des Lebens in Geld. Ausgangspunkt sind die HTA-Berichte, die feststellen, was

ein gewonnenes Lebensjahr kostet. Anders als in den gedeckelten Systemen wird jedoch nicht mehr das eingekauft, was man sich leisten kann, sondern das, was die Bevölkerung, als der Ursprung aller solidarischen Finanzierungsquellen, bereit ist, für eine Therapie, die ein gewonnenes Lebensjahr verspricht, zu bezahlen. Um festzustellen, was die Bevölkerung bereit ist zu bezahlen, müssen sogenannte Willingness-to-Pay- Studien durchgeführt werden. Solche Studien sind, wie man sich vorstellen kann, heikel und schwierig, schwieriger und heikler als die Studien, die herausfinden sollen, was Lebensqualität ist. Es geht bei diesen Studien immerhin darum, festzustellen, was dem Einzelnen Gesundheit und Leben wert ist. Fragt man einen Kranken, ist der Betrag vermutlich sehr hoch, fragt man einen Gesunden, sehr niedrig. Um nun einen Wert zu erhalten, der beide Seiten zufrieden stellt, gilt es, ein möglichst ausgewogenes Verhältnis zu finden. Solche Studien kann man sich vorstellen wie Meinungsumfragen. Die Fragen, die gestellt werden, müssen sehr sorgsam gewählt und die Ergebnisse müssen ständig auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft werden. Bei entsprechendem Vorgehen erhält man einen Wert ausgedrückt in Geld, den die Bevölkerung bereit ist, zu bezahlen. Ein solcher Wert ist in der Regel nicht nur bezogen auf die absolute Zahl an gewinnbaren Jahren, sondern nimmt auch Rücksicht auf die Lebensqualität. In den Ländern in denen solche Volksmeinungen abgefragt werden, kommt ein Wert von ca. 45 000 Euro pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr heraus. Allerdings ist dieser Wert nicht fix, sondern kann mit weitergehenden Studien in alle Richtungen verändert werden.

Um diese Methode besser zu verstehen, wollen wir das Beispiel „Blinddarmentfernung“ darstellen. Ein Fünfzehnjähriger hat eine akute Blinddarmentzündung, die operiert werden muss, ansonsten stirbt er. Wird er operiert, dann besteht eine 99,6 % Chance, dass er daran nicht stirbt. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines 15-Jährigen beträgt heute noch knapp 63 Jahre. Vernachlässigt man die 0,4 % Sterblichkeit bei der Operation, dann würde die Operation auch dann durchgeführt werden, wenn sie 2,8 Mio. Euro kostet – das ist ein Vielfaches von dem, was diese Operation wirklich kostet. Ein anderes Beispiel wäre eine Hüftoperation: eine 75-Jährige, die wegen Gelenksabnutzung starke Schmerzen beim Gehen hat, würde durch eine Hüftoperation deutlich an Lebensqualität gewinnen. Die Patientin ist rüstig und ansonsten bei guter Gesundheit. Die Lebenserwartung beträgt noch 12 Jahre und es ist zu erwarten, dass durch die Operation die Patientin 8 bis 10 qualitativ hochwertige Jahre zu gewinnen hat. Wenn man die Sterblichkeit während der Operation außer Acht lässt, dann dürfte die gesamte Behandlung, also inklusive der notwendigen Rehabilitation, 360 000 bis 450 000 Euro kosten. An diesen Beispielen sieht man, dass die Willingness-to-Pay-Studien keine Brutalitäten erzeugen. Ganz im Gegenteil, die Bevölkerung ist bereit, sehr viel Geld in die Behandlung zu stecken, wenn die Behandlung vernünftig und zielführend ist. Der Vorteil mit Hilfe eines solchen Weges herauszufinden, wie viel Geld einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht, ist der, dass dieses theoretisch ungedeckelt ist. Therapien werden also bezahlt, wenn sie was bringen und nicht „zu teuer“ sind; nicht wie in gedeckelten Systemen, die nur „einkaufen“ können, solange Geld da ist. In ungedeckelten Systemen wird eben soviel Geld bereitgestellt, wie nötig ist, um alle zu behandeln.

Der Unterschied dieser beiden Wege der evidenzbasierten Gesundheitspolitik im Vergleich zur eminenzbasierten Gesundheitspolitik liegt auf der Hand. Es steht im Vorhinein fest, dass nur die Behandlungen solidarisch finanziert werden, die bewiesenermaßen einen Nutzen für Patienten haben. Unnütze Behandlungen, oder Behandlungen, deren Nutzen von marketinganfälligen Eminenzen beschrieben wird (ein aktuelles Beispiel dazu ist die Diskussion über Stammzellentherapie gegen Krebs), werden nicht bezahlt. Damit hat die Gesundheitsversorgung einen definierten Qualitätsstandard, der jedem Patienten garantiert werden kann, eminenzbasierte Gesundheitspolitik kann das nicht. Ganz im Gegenteil, eminenzbasierte Gesundheitspolitik liefert eine inhomogene Gesundheitsversorgung, in der Patienten sich auf die Meinung „anerkannter“ Eminenzen verlassen müssen – und das in der Regel zu einem sehr hohen Preis.

Organisation evidenzbasierter Gesundheitspolitik

Die evidenzbasierte Gesundheitspolitik, bzw. die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung baut auf wissenschaftlich fundierten Berichten und im Konsens erzielten Behandlungsleitlinien auf. Die Erstellung solcher Berichte, bzw. Leitung von Konsensusprozessen sind Dienstleistungen, die von entsprechend erfahrener Personal durchgeführt werden können. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass in den meisten Gesundheitssystemen Europas eigene EBM-Institute oder an den Public-Health-Instituten angegliederte EBM-Departements eingerichtet wurden. Keinesfalls sind diese Einrichtungen automatisch in öffentlicher Hand. Sie können von Universitäten, Versicherungen oder Ärztevereinigungen betrieben werden oder sogar als gewinnorientierte Unternehmen organisiert sein. Wesentlich für die Erbringung der Dienstleistungen ist nur ein höchstmöglicher Grad an Transparenz. Die Publikationen dieser Einrichtungen werden daher über das Internet allen frei angeboten. Jeder – Patient, Arzt oder Politiker – kann sich so entsprechende Literatur besorgen und zu Fortbildungszwecken oder als Entscheidungsgrundlage verwenden. In vielen dieser Einrichtungen ist auch ein standardisierter Weg vorgegeben, welche Themen behandelt werden sollen. Jeder – Patient, Arzt oder Politiker – kann ein Thema einreichen. Ist das Thema von breitem Interesse, wird ein standardisierter Prozess der Bearbeitung begonnen, der ebenfalls vollkommen transparent abläuft. Einige Einrichtungen erhalten von der nationalen Regierung eine sogenannte Richtlinienkompetenz. Sie können also selbst festlegen, welches Standardprozedere einzuhalten ist, will man für eine Behandlung solidarisch finanzierte Geldmittel erhalten. Das kann beginnen bei der Zulassung von Medikamenten, für die das einreichende Pharmaunternehmen klar festgelegte Studien und Berechnungen vorlegen muss, bis hin zur Bindung von Ärzten an Behandlungspfade bei bestimmten Erkrankungen. Es gibt eine Fülle von Grautönen bei der Implementierung evidenzbasierter Gesundheitspolitik. An einem Ende stehen vollkommen unabhängige, transparent arbeitende Institute mit Richtlinienkompetenz für die gesamte Gesundheitsversorgung, auf der anderen Seite politiknahe – möglicherweise nicht hundertprozentig – unabhängige Dienststellen, deren Ergebnisse nur nach politischer Freigabe veröffentlicht werden dürfen. Bezüglich letzterer ist zu sagen, dass sie vermutlich bereits an der Schwelle zur eminentbasierten Gesundheitspolitik stehen, oder diese möglicherweise sogar überschritten hat.

Kritik an evidenzbasierter Gesundheitspolitik

An der evidenzbasierten Gesundheitspolitik wird international wechselnd heftige Kritik geübt. Der wesentlichste Kritikpunkt ist der, dass angeblich die Entscheidungsgrundlagen nicht ausreichen, um so schwierige Fragen ethisch zu beantworten. Diese Kritik ist ernst zu nehmen, denn ein Prinzip jeder wissenschaftlichen Untersuchung ist die sogenannte thematische Reduktion. Das heißt nichts anderes, als dass vor einer wissenschaftlichen Untersuchung das Gebiet, das untersucht werden soll, soweit eingeeignet wird, dass diese Untersuchung überhaupt erst möglich wird.

Kritiker führen auch gerne an, dass jeder Patient etwas Einzigartiges ist und demzufolge auch einzigartig zu behandeln ist. Dieser Kritik ist vieles abzugewinnen, aber man muss sich die Gegenfrage stellen: wird es mit der Erfahrung eines Arztes weniger schwierig? Oder wird es einfach nur weniger transparent? Denn jeder Arzt kann nur jene Behandlungsoptionen anwenden, die theoretisch zur Verfügung stehen. Natürlich kann er auch Behandlungen anwenden, die keine bewiesenen Nutzen haben – und trotzdem wird er bei der Behandlung Patienten nach mehr oder weniger standardisierten Vorgaben einteilen müssen, ein Herzpatient wird ein Herzpatient bleiben, ein Lungenpatient ein Lungenpatient. Viele Ärzte, aber auch Personen aller anderen Gesundheitsberufe, glauben, dass sie ohne die Aufarbeitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen gute Gesundheitsversorgung betreiben. Sie haben in der Regel eine lange Ausbildung hinter sich gebracht und können ihre Erfolge

täglich an ihren Patienten ablesen. Es besteht also subjektiv jedenfalls die Meinung, dass der Erfolg ihnen Recht gibt. Dabei wird jedoch gerne übersehen, dass jeder Einzelne kaum die Möglichkeit hat, größere statistische Zusammenhänge zu erkennen. Und so kann leicht der Eindruck entstehen, wissenschaftlicher Fortschritt findet ohnehin nur sehr langsam statt – ein Trugschluss. Ein typisches Beispiel dafür ist die Kindersterblichkeit in den ersten 12 Lebensmonaten. Der medizinische Fortschritt hat dazu geführt, dass diese heute sehr niedrig ist. Nur etwa 5 von 1000 Kindern sterben in dieser Zeit. Kleine Krankenhäuser, die nur wenige hundert Geburten pro Jahr durchführen, haben demnach auch nur selten einen Todesfall zu beklagen. In großen Häusern passiert da schon viel öfter etwas. Das subjektive Gefühl, dass in kleinen Häusern eigentlich nie etwas passiert, liegt auf der Hand. Doch ist das wahr? Nein, denn wenn man die Statistiken anschaut, dann ergibt sich ein gänzlich anderes Bild. In Einrichtungen mit weniger als 500 Geburten pro Jahr sterben zwei bis drei Mal so viele Kinder wie in Kliniken mit 500 bis 1000 Geburten jährlich. Und dort ist die Sterblichkeit ca. 40 bis 80 % höher, als in großen Geburtskliniken mit mehr als 1000 Geburten – und das, obwohl bereits alle Risikogeburten in der Regel nur mehr in großen Krankenhäusern durchgeführt werden. Eine entsprechende Bereinigung würde die kleineren Häuser noch schlechter aussehen lassen. Wenn daher eminenzbasiert die Aussage getroffen wird, dass die Qualität in kleinen Krankenhäusern die gleiche ist wie in großen, dann widerspricht das den beweisbaren Fakten, die durch EBM aufgezeigt werden.

Die allgemeine Kritik an evidenzbasierter Gesundheitspolitik ist daher im Sinne einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung nicht gerechtfertigt. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass eine allgemeine und grundsätzliche Kritik in den meisten Ländern verschwunden ist. Nichtsdestotrotz gibt es fallweise noch grundsätzliche Kritik an der evidenzbasierten Gesundheitspolitik, mit dem Ziel eine solche abzuschaffen oder nicht einzuführen. Dort, wo diese Fundamentalkritik noch geübt wird, wird sie dazu verwendet, Standespolitik zu betreiben, oder Illusionen aufrecht zu erhalten. Gleiches gilt für die unqualifizierte Kritik, dass Gesundheit nicht mit ökonomischen Maßstäben gemessen werden darf. Solche Aussagen sind in höchstem Grad anmaßend, da sie klar davon ausgehen, dass eine Gesellschaft, wenn sie sich fragt, wie viel Ressourcen sie für die Gesundheitsversorgung solidarisch aufbringen will, unmoralisch handelt. Kein Mensch hat das Recht, sich in auf jene Höhe zu begeben, von der aus er seine eigenen Moralvorstellungen einer Gesellschaft aufzwingen darf.

Abschließende Bemerkung

Die Einführung evidenzbasierter Gesundheitspolitik ist die einzige Chance, will man die Gesundheitsversorgung nicht den Kräften des freien Marktes überlassen. Eminenzbasierte, solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung ist unfinanzierbar.

Seit der Einführung evidenzbasierter Gesundheitspolitik ist ein interessantes Phänomen eingetreten. Die Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf die Allgemeinheit wird immer besser möglich. In früheren Zeiten beschäftigten sich Studien oder wissenschaftliche Untersuchungen meistens mit Einzelfällen, Das war die Zeit der sogenannten Kasuistiken (Fallstudien). Eine systematische Untersuchung von genau definierten Patientengruppen, die an einer klar definierten Krankheit litten, war die Ausnahme. Oft hat man von der Beobachtung an einem Patienten auf alle schließen wollen. So gewonnene Erkenntnisse haben klarerweise nur bedingt Allgemeingültigkeit. Je breiter und schneller der Informationsfluss wurde – über Zeitungen und Bücher – desto breiter und schneller wurden nicht nur Behandlungsoptionen bekannt, sondern auch Behandlungserfolge und -misserfolge. Der Druck, seine Behandlung angemessen zu wählen wurde daher immer größer. Und so stieg auch die Intensität der Forschung enorm an – und interessanterweise besonders im englischsprachigen Raum. Die Versorgungssysteme in englischsprachigen Ländern,

insbesondere Großbritannien und USA, forderten, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen, „handfeste“ Beweise für die Finanzierung. In den USA wird die Gesundheitsversorgung durch Versicherungen, die untereinander in Konkurrenz stehen, organisiert. Die Ressourcen werden also größtenteils über den Markt definiert. Je besser die Kosten-Nutzen-Relation, desto höher die Gewinnmargen. Effizienz ist daher ein hohes Eigeninteresse. In Großbritannien andererseits wird das gesamte Gesundheitswesen seit geraumer Zeit steuerfinanziert. Das hatte dazu geführt, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen stark gestiegen ist. Es drohte, ein Fass ohne Boden zu werden. Daher wurden Reformen eingeleitet, um eine Privatisierung zu verhindern, eine Versorgung bedarfsgerecht garantieren zu können und trotzdem das Budget nicht explodieren zu lassen. In beiden Ländern wurde daher sehr früh evidenzbasierte Gesundheitspolitik eingeführt und in beiden Ländern hat sich so auf Basis der evidenzbasierten Politik (im Fall der USA eine Unternehmenspolitik, im Fall Großbritannien eine National-Politik) eine hochstehende und große Forschungsgesellschaft entwickelt.

Evidenzbasierte Gesundheitspolitik ist also ein – oder der einzige – Weg, die Qualität der Versorgung garantieren zu können, den größten Nutzen für die eingesetzten Mittel zu erzielen und als nicht zu vernachlässigenden Seiteneffekt, der nationalen medizinischen Forschung einen deutlichen Impuls zu geben.

Die Situation in Österreich

Österreich kann als Paradebeispiel eminenzbasierter Gesundheitspolitik bezeichnet werden. Die österreichischen Fachgesellschaften haben noch Anfang des 21. Jahrhundert auf ihren Internetseiten und in ihren Veröffentlichungen sich darauf beschränkt, der Öffentlichkeit mitzuteilen, welcher Professor als Schriftführer fungiert, welcher Professor einen Preis erhalten hat und welcher Professor eingeladen wurde, einen Vortrag zu halten. Eine Auseinandersetzung mit Behandlungsoptionen oder gar die Erstellung von Leitlinien wurde nicht einmal angedacht. Initiativen in diese Richtung, die von jungen Kollegen ausgegangen sind, wurden innerhalb der Gesellschaften rasch abgestellt. Fallweise wurde sogar ein Professor nominiert, der solche Initiativen zu koordinieren hat – das war's dann aber auch. Durch das Internet und die damit verbundene immer stärker steigende Transparenz anderer Gesundheitsversorgungen ist auch in Österreich der Druck gestiegen, sich mit Themen der EBM auseinanderzusetzen. Allerdings findet dieser Prozess sehr langsam und noch auf einem sehr akademischen Niveau statt. An eine Einführung von Leitlinien oder gar Richtlinien ist gar nicht zu denken. Die Einführung von Ergebnisqualitätsparameter oder sogar deren regelmäßige Veröffentlichung in Form von Qualitätsberichten darf nicht einmal angedacht werden. Es wird, sollte es nicht zu revolutionsartigen Veränderungen kommen, ein ganzer Generationswechsel stattfinden müssen, bis dieser Prozess ernsthaft beschleunigt wird. Und da es auf Ebene der Fachgesellschaften und der direkt am Patienten arbeitenden Berufsgruppen so träge geht, ist es nicht verwunderlich, dass sich diese Trägheit auch auf die Interessensvertreter auswirkt. Hier sind es vor allem die Ärztekammern, die sich gegen jede Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen stemmen. Selbst die Einführung eines international üblichen Krankheitsklassifikationscodes (ICD 10), also das Ersetzen der handschriftlichen Diagnosen des Arztes durch einen international definierten Zahlencode, im niedergelassenen Bereich ist nicht möglich – verständlich, würde dadurch doch rasch festgestellt werden können, wie gut die diagnostische Arbeit einzelner Ärzte ist. Und leider ist zu erwarten, dass es insbesondere die älteren und damit mächtigeren Ärzte sind, deren Qualität mit internationalen Standards nicht mehr mithalten kann. Die Ärztekammern in Österreich sind zu einer Schutzorganisation wohlverborener Rechte Einzelner, insbesondere der Eminenzen, geworden. Das Recht, unhinterfragt und unkritisiert zu sagen, was richtig und was falsch, was gut und was böse ist, das gilt es zu schützen – egal

ob es dem Patienten nützt oder nicht, egal ob es finanzierbar ist oder nicht. Für die Bevölkerung bleiben diese Kämpfe oft unbemerkt, wenn auch die Einführung der Patientenanwaltschaft vieles aufgedeckt hat. Allerdings hat der sogenannte Schlichtungsfonds diese Arbeit auch wieder rasch zunichte gemacht. Hier wird wieder ausgetauscht ohne Wellen zu schlagen – und wenn man es pointiert formulieren will, wurde eine Schweigegeld-Einrichtung geschaffen. Und wer glaubt, dass es die Ärzte sind, die diese Gelder aus dem Privatvermögen bezahlen müssen, der sollte sich einmal überlegen, woher dieses stammt. Wirklich verstehen kann die Bevölkerung dieses System immer erst dann, wenn seitens der Ärztekammer gefordert wird, dass Gesundheit nicht nach ökonomischen Maßstäben gemessen werden darf. Diese Forderung ist natürlich nur solange gültig, wie es darum geht, den wesentlichen Geldempfängern im System mehr Geld zuzuspielen. Und weil die Interessensvertretungen, bei denen eigentlich keine Berufsgruppe auszunehmen ist, in ihren Reihen das Eminenzprinzip verteidigen, reagiert die Politik mit eminenzbasierten Entscheidungen. Das es, wie oben erwähnt kein anerkanntes Public-Health-Institut gibt, ist also nicht die Ursache, sondern die Folge fehlender politischer Willenskraft, sich gegen diese Interessensverbände durchzusetzen. Im Gegenteil, es kommt der Politik zu gute, dass sie selbst auch dem Eminenzprinzip folgen kann, ist es doch die leichteste Art, „Geschenke“ zu verteilen und Illusionen aufrecht zu erhalten. Und nicht ohne Grund haben wir die europaweit höchste Dichte an Krankenhäusern, Krankenhausbetten und skurrilerweise auch medizinischen Großgeräten (mit denen man sich halt leicht brüsten kann). Es ist daher auch seitens unserer Volksvertreter gar nicht gewünscht, die Gesundheitsversorgung nach objektiven Kriterien zu messen. Ein solches Vorgehen könnte darin münden, dass der beliebte Mythos, die österreichische Versorgung sei die weltbeste, als solcher entlarvt würde.

Die Folge der eminenzbasierten Versorgung ist heute in bereits drastischer Weise zu beobachten. Die perinatale Sterblichkeit in Österreich ist, verglichen mit anderen modernen Versorgungssystemen hoch – als Folge der vielen zu kleinen Geburtsstationen? Die Sterblichkeit bei Mandeloperationen liegt 30 bis 60 Mal höher als in anderen modernen Versorgungssystemen – als Folge der vielen zu kleinen Krankenhäusern? Blinddarmoperationen werden doppelt so oft vorgenommen wie in anderen modernen Versorgungssystemen, als Folge der vielen zu kleinen Chirurgen? Herzkatheteruntersuchungen werden 1,5 Mal so häufig durchgeführt wie man erwarten würde – eine Folge der doppelt so hohen Dichte an entsprechenden Einrichtungen? Diese Liste ist lange ausrollbar – in so gut wie jedem einzelnen Gebiet der Gesundheitsversorgung sind solche „Auffälligkeiten“ zu beobachten. Solange jedoch die eminenzbasierte Gesundheitspolitik dominiert, werden Patienten von diesen Dingen nichts erfahren! In dieser eminenzbasierten Versorgung, in der es keine systematische Qualitätsbeobachtung gibt, wird hinter verschlossenen Türen von den „grauen“ Eminenzen festgelegt, was für die Versorgung nötig ist. Und dieselben Eminenzen, die sich jeder Qualitätskontrolle entziehen, halten mit unfundierten Aussagen schlicht fest, dass die Qualität nicht zu übertreffen sei.

Analyse eines Gesundheitssystems

Hintergrund

Bevor man sich mit dem höchst kompliziertesten Gesundheitssystem befasst, muss man sich über einige Fakten klar werden. Fakten, die aus der Systemforschung stammen und deren Erkenntnisse in jedem Gesundheitssystem der Welt überprüft werden können – leider.

Gesundheitssysteme sind immer komplexe Systeme.

Grundsätzlich ist ein System ein Gefüge aus Einzelteilen, die im Zusammenwirken etwas anderes bewirken als jeder Einzelteil alleine bewirken könnte. Ein System, etwa ein Auto, kann sich also beispielsweise vorwärts bewegen, obwohl Einzelteile, beispielsweise die Kolben, sich in einer anderen Richtung bewegen. Solange die Einzelteile zusammengefügt sind und nur einer für den Antrieb (also ein aktiver Teil, ein Akteur) verantwortlich ist, werden die Einzelteile, so sie ausreichend genau ineinander greifen, das tun, was sie in diesem System tun sollen. Ein solches System läuft linear ab, jedes Einzelteil wird vorhersagbar genau das tun, was man von ihm erwartet. Solche Systeme, die ohne Einfluss von außen funktionieren, also gegenüber der Umwelt abgeschlossen sind, nennt man auch geschlossene Systeme, ihre funktionsweise linear.

Komplizierter wird es, wenn mehr als ein Teil den Antrieb übernimmt. Sollte das System dann funktionieren, dann müssen die Einzelteile schon sehr gut aufeinander abgestimmt sein. Denken wir an den Starter eines Motors. Wenn man den Motor startet, dann bewegt der durch die Starterbatterie betriebene Starter die Kolben des Motors, solange, bis der Motor anspringt und sich nun selbst bewegen kann. Dreht man dann den Startschlüssel nicht zurück, dann werden sowohl der Starter, als auch die Treibstoffexplosionen die Kolben des Motors bewegen. Solange die beiden Antriebe sich in der gleichen Geschwindigkeit bewegen, würde nichts geschehen, sobald aber die beiden ungleich laufen, wird es zu Problemen kommen. Einer der beiden Antriebe wird dominant sein und den anderen „ausstechen“. Die beiden „Systeme“, denn darum handelt es sich bereits, werden gegeneinander arbeiten. Die Kraft, die dabei freigesetzt wird, wird das verbindende Zahnrad aufnehmen müssen. Solange das Zahnrad hält, wird den beiden Antrieben ein gemeinsamer Takt aufgezwungen, ein Takt, den keiner der beiden von sich aus hätte. Auch wenn aus dem einen System Auto nun zwei Systeme entstanden sind, bleibt die Funktionstüchtigkeit des Autos, zwar eingeschränkt, doch immerhin erhalten. Wenn das Zahnrad allerdings nachgibt, dann wird der gegenseitige Einfluss aufeinander immer geringer, bis zu dem Zeitpunkt, an dem das verbindende Zahnrad vollkommen abgeschliffen ist und nun beide Systeme getrennt voneinander laufen können. Jeder Antrieb hat jetzt in seinem System wieder eine Monopolstellung. Das ursprüngliche System Auto ist in zwei getrennt laufende Systeme zerfallen. Jedes System wird wieder den Takt aufnehmen, den es unbeeinflusst durch die Umwelt von sich aus hätte. Das Auto fährt noch immer. Wenn es jedoch abgestellt wird, kann es nicht mehr anspringen – das System Auto hat aufgehört zu existieren. Das Auto steht und muss repariert werden.

In der Phase, in der die beiden Systeme sich gegenseitig beeinflussen, ist die Voraussage, wie schnell oder wie lange das Auto fährt, sehr schwierig. In diesem Fall beeinflusst jedes System das andere, das eine System stellt einen Umwelteinfluss für das andere dar, wobei keines der beiden Systeme unbeeinflusst ist, also rückkoppelt. Man spricht hier von offenen Systemen. Offene Systeme haben die unangenehme Eigenschaft, keine lineare Funktionsweise zu haben. Anders ausgedrückt, die gegenseitige Beeinflussung ist so dynamisch, dass es kaum klare Aussagen gibt, wie sie zusammen funktionieren, klar ist nur, dass sie nicht linear funktionieren. Man kann also im Fall des Autos gerade einmal die Aussage treffen, es wird fahren – mehr nicht! Man spricht von komplexen Systemen, und komplexe Systeme sind wegen ihrer Dynamik nicht klar voraussagbar und daher auch kaum steuerbar.

Systemtheoretisch lassen sich folgende Dinge festhalten. Ein System entsteht exakt dann, wenn ansonsten alleinstehende Einzelteile in einem Gefüge zusammengeschlossen sind. Besteht mehr als ein Antrieb (Akteur) im System, wird die Sache komplex und es besteht die Tendenz, sich von den Umwelteinflüssen zu befreien und in Subsysteme zu zerfallen. Ob so entstandene Subsysteme die gleiche Funktion erfüllen können, die das ursprüngliche System erfüllt hat, ist nicht vorhersagbar und zufällig. Der Zerfall in Subsysteme kann solange erfolgen, bis alle Systeme wieder geschlossen sind, also jedes Subsystem wieder nur einen Monopol-Antrieb (Monopolisten) oder mehrere exakt synchron laufende Antriebe (Akteure, die auf ein gemeinsames Ziel gleichgeschaltet sind) hat.

Gesundheitssysteme sind bedeutend komplexer als ein Auto. Es gibt auch nicht nur zwei Akteure. Ganz im Gegenteil, die Medizin ist sehr anfällig dafür, dass sich einzelne Individuen selbst als Akteur betrachten. Auf Basis dieser „Selbsteinschätzung“ entsteht nicht zuletzt eminenzbasierte Gesundheitsversorgung. Will man komplexe Systeme lenken – und jeder Systemanbieter, ob staatlich oder privatisiert, hat den Anspruch, das tun zu wollen – muss man erstens darauf achten, dass die Zahl der effektiven Akteure (seien sie Institutionen oder Privatpersonen) so klein wie möglich bleibt und zweitens muss man geeignete Instrumente einsetzen, die die Aufgabe haben, die Akteure auf Schienen zu halten. Die Ansicht, so etwas ist einfach durch Planung zu machen, wurde mehrfach widerlegt. Gesundheitssysteme sind nicht durch politische Planung zu steuern. Als geeignete Steuerungsinstrumente haben sich zwei herauskristallisiert. Erstens demokratische Mechanismen, wie sie in nordeuropäischen Ländern umgesetzt werden. Demokratische Mechanismen verlangen jedoch den Eintauch politischer Monopole durch transparente Entscheidungsprozesse. Und zweitens die Marktmechanismen Angebot/Nachfrage bzw. Wettbewerb, die jedoch den Rückzug solidarisch finanzierter Versorgung verlangen. Für viele Politiker sind beide Optionen nicht möglich, daher werden weiterhin politisch dominierte, eminenzbasierte Gesundheitssysteme versucht, die jedoch in keinem Land der Welt zu einem Erfolg geführt haben.

Akteure

Gesundheitssysteme bestehen aus unzähligen Akteuren. Alle behaupten, dass sie sich um die Gesundheit des Patienten kümmern, der, wie oft vergessen wird, ebenfalls ein Akteur des Gesundheitssystems ist. Die Gesundheit des Patienten gilt in Gesundheitssystemen als gemeinsames Ziel aller Akteure. Doch wie wir bereits im Kapitel Gesundheit erfahren haben, ist dieses Ziel ausgesprochen schwierig zu definieren. Anders ausgedrückt, nur weil alle – inklusive Patient – behaupten, dass sie sich um die Gesundheit des Patienten kümmern, bedeutet es noch lange nicht, dass sie alle in die gleiche Richtung marschieren. Und nicht selten kann man beobachten, dass der Patient im Mittelpunkt der Betrachtung steht – und dort allen im Weg ist.

Akteure im Gesundheitssystem können sowohl aus Einzelpersonen oder aber aus Organisationen bestehen. Unter Organisationen ist dabei ein sehr breites Feld zu verstehen, das von Interessensvertretungen, über Geldgeber und Politiker bis hin zur einzelnen Arztpraxis reicht. Eine endgültige Liste der Akteure festzulegen ist vermutlich nicht möglich. Für die folgenden Betrachtungen soll die folgende Aufstellung jedoch reichen.

Patienten

Dem Patienten als Akteur im Gesundheitswesen kommt eine in der Regel stark vernachlässigte Rolle zu. Allein die Definition ist bereits sehr schwierig. Wie wir bei der Definition Gesundheit gelesen haben, kann ein Patient entweder von außen definiert werden – also bedarfsorientiert-, oder aber aus der Sicht des Patienten – also bedürfnisorientiert. Wird der Patient bedarfsorientiert definiert, wird ihm eine eher passive Rolle zugeordnet. In diesem Fall wird er nicht als Akteur betrachtet, sondern nur als ein passiv bewegter Teil im Gesundheitswesen. In vielen Ländern wurde dieser Versuch unternommen. Systemtheoretisch ist das auch leicht verständlich. Wie oben dargestellt, werden alle Akteure versuchen, eine Monopolstellung einzunehmen, in dem sie anderen möglichen Akteuren ihre aktive Rolle entziehen, oder anders ausgedrückt, keine aktive Rolle zuteilen. Hilfreich für dieses Vorgehen ist die immer existierende Informations-Asymmetrie. Das bedeutet, dass die Personen oder Institutionen, die sich um den Patienten kümmern, in der Regel immer mehr Wissen über die Gesundheit haben, als die Patienten. Das ist nicht verwunderlich, wenn man sich vorstellt, dass beispielsweise ein Facharzt eine 10 bis 15-jährige Ausbildung hat. Der Patient soll seine Symptome beschreiben, den Rest übernehmen die Spezialisten. Dazu kommt, dass der Patient,

so er an einer echten oder auch eingebildeten Krankheit leidet, ein Hilfesuchender ist, der – salopp formuliert – jede Hilfe annimmt. Er ist also ganz sicher kein „rationell handelnder Marktteilnehmer“.

Die passive Rolle (das Wort Patient kommt, wie bereits erwähnt aus dem lateinischen und bedeutet – erdulden) des Patienten ist historisch bedingt, und stammt aus Zeiten, in denen der Einzelne für seine Gesundheit selbst verantwortlich war. Das bedeutet, selbst wenn er wegen seiner mangelnden Ausbildung in früheren Zeiten den Heilern „hilflos“ ausgeliefert war, so war es doch seine eigene Entscheidung, ob oder zu welchem Heiler er ging. Abstrakt betrachtet, gab es also kein „Gesundheitssystem“ oder wenn, dann hatte jedes Individuum sein eigenes. Und weil es kein Gesundheitssystem im heutigen Sinn gab, konnte der Patient auch keine Rolle im Gesundheitssystem übernehmen. Durch die Erschaffung von Gesundheitssystemen, die sogar solidarisch aufgebaut sind, hat sich das grundlegend geändert. Doch noch ein weiteres modernes Phänomen hat die Rolle des Patienten verändert. War es in früheren Zeiten für den Einzelnen so gut wie unmöglich, sich über Medizin, Krankheiten oder Behandlungsoptionen zu informieren, ist im Zeitalter billiger Bücher und – was in Zukunft noch viel wichtiger ist – des Internets, der Informationsstand der Patienten ungeheuer angestiegen. Zwar ist leider zu betonen, dass diese Informationsflut zu einer sehr „hinderlichen“ Halbinformation führt, aber die ehemalige Monopolstellung des „allwissenden und alleinig wissenden“ Arztes ist definitiv vorbei. Die Annahme, der Patient hat das passiv hinzunehmen, was einem die Gesundheitsversorgung vorsetzt, erweist sich in der Praxis als ungangbar. Und wenn man sich vorstellt, dass es alleine in Österreich jedes Jahr 100 bis 150 Millionen Arzt-Patientenkontakte gibt, dann kann man erahnen, was es heißt, wenn der Patient nicht mehr rein passiv, sondern aktiv an der Gesundheitsversorgung teilnimmt. Der Patient IST Akteur und keine Macht der Welt wird ihm diese Rolle wieder wegnehmen können.

Für das Gesundheitssystem bedeutet ein aktiver Patient jedoch eine enorme Komplexität. Jeder einzelne Patient wird sich und seine Krankheit als die wichtigste betrachten und Heilung einfordern. Insbesondere in solidarischen Gesundheitssystemen wird es zu einer „Das steht mir zu“-Haltung kommen. Der unterschiedliche Informationsstand eines jeden Patienten wird zudem nicht gerade zu einer Beruhigung des Systems führen. Jeder Patient wird daher ein Antrieb im System „Gesundheit“, das damit eine Unmenge an Antrieben erhält. Um der mit der aktiven Rolle des Patienten einhergehenden Komplexität zu begegnen, die ohne geeignete Steuerungsinstrumente in der völligen Auflösung des Gesundheitssystems enden würde, können zwei Wege eingeschlagen werden: Entweder Rückzug der öffentlichen Hand aus der Gesundheitsversorgung und Einführung der Steuerung über Angebot und Nachfrage – also die Einführung von Marktmechanismen. Oder das Mitspracherecht der Patienten wird über demokratische Mechanismen gestärkt – also die Demokratisierung des Gesundheitssystems. Im zweiten Fall haben sich zwei Optionen ergeben. Die eine ist der Weg, den Großbritannien eingeschlagen hat, in dem über Willingness-to-Pay-Studien herausgefunden wird, was die Bevölkerung bereit ist, für die Gesundheitsversorgung auszugeben. In diesem Fall kann das Gesundheitswesen zentral gesteuert werden.

Der andere Weg, den beispielsweise Finnland oder Dänemark, aber auch Italien beschritten hat, führt über eine Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung und bringt der kleinräumigen Bevölkerung – für österreichische Verhältnisse also etwa in der Höhe der Bezirke – weitgehende Mitbestimmung. Diese Mitbestimmung bedeutet auch, dass es dezentrale Einnahmen- und Ausgabenpolitik geben muss. Anders gesagt, in diesen kleinräumigen Strukturen wird nicht nur beschlossen, welche Versorgung man haben will, sondern auch wie viel Geld dafür bereitgestellt wird. Eine Abwälzung der Finanzierungsfrage bei gleichzeitiger Forderung nach jeder erdenklichen Leistung ist so nicht möglich. In einigen wenigen solidarischen Gesundheitssystemen wird der Patient nicht als Akteur betrachtet und der Versuch unternommen, in alter „herkömmlicher“ Weise, dem Patienten ein

Gesundheitssystem „überzustülpen“. Diese Versuche führen alle zu unkontrollierbaren und in weiterer Folge auch enorm teuren Strukturen. Überdies weisen solche Systeme zudem eine enorme Inhomogenität auf. Der Patient wird immer Mittel und Wege finden, am öffentlichen Gesundheitssystem vorbei seine erwünschten Leistungen zu finden. Es entsteht daher ein Wildwuchs an Finanzierungsströmen und in weiterer Folge ein florierender Schwarzmarkt. Patienten können, so sie ausreichend Kapital zur Verfügung haben, oder aber über ausreichend politische Protektion verfügen, Dienstleistungen „einkaufen“. Die Folge ist eine Mehrklassenmedizin, die jedoch im Gegensatz zu marktwirtschaftlichen Gesundheitssystemen vollkommen intransparent und ohne jede Qualitätssicherung ablaufen wird. Das beste Beispiel für diese Entwicklung ist Italien, dessen öffentliches Gesundheitssystem trotz enormer Geldmittel, nur mehr eingeschränkt effektiv ist. Dass die Gesundheitsversorgung nicht zusammengebrochen, sondern sogar gut ist, hängt wohl maßgeblich damit zusammen, dass der „Schwarzmarkt“ mittlerweile so groß wurde, dass normale Marktmechanismen bereits die Steuerung übernommen haben.

Die Situation in Österreich

Österreich gehört zu jenen Ländern, die derzeit den Patienten noch in seiner passiven Rolle sehen wollen. Die Gesundheitsversorgung wird über seinen Kopf hinweg, angeblich zu seinem Wohl, organisiert. Eine Mitbestimmung ist nicht vorgesehen. Die maßgeblichen Entscheidungsträger des Gesundheitssystems sind vom Patienten weit entfernt. In der Regel sind sie nicht einmal bekannt. Selbst gut informierte Kreise wissen beispielsweise nicht, dass die Obleute der Krankenkassen als deren höchste Entscheidungsträger von den Gewerkschaften entsandt werden, die in den diversen Kammerwahlen (Arbeiter-, Wirtschafts-, Landwirtschaftskammer etc.) reüssiert haben. Wer also dort das Sagen hat, wird, wenn überhaupt, nur über die Wahl der Kammervertreter „mitbestimmt“. Ähnliches gilt auf Bundes- und Länderebene. Hier ist es nur möglich, eine Partei zu wählen. Die Möglichkeit, das Versorgungskonzept der SPÖ zu wählen, ohne die SPÖ auch wählen zu müssen, gibt es nicht. Parteien sind nur als Ganzes zu wählen. Zudem sind die Partei-Konzepte der Versorgung in der Regel sehr populistisch ausgelegt (alle kriegen alles und überall und gratis!). Man denke nur an die mittlerweile seit Jahrzehnten andauernde Diskussion über die einzelnen Krankenhäuser. Zwar wird behauptet, dass es die Bürgermeister sind, die kein Krankenhaus schließen wollen, aber selbst in Bundesländern, in denen die Bürgermeister keine eigenen Krankenhäuser mehr haben – z. B. in NÖ – werden Standortgarantien gegeben. Die Finanzierung dieser Standorte wird jedoch nicht regionalisiert – zahlen soll wer anderer, idealerweise der Bund. Eine direkte Betroffenheit wird so nie hergestellt, aber die Begehrlichkeiten immer höher geschraubt. Von der Qualität, die bei so einer Politik erreicht wird, wird nicht gesprochen. Die einzige Institution, die im Übrigen dem Patienten ein Mitspracherecht ermöglicht, ist die Patientenanzwaltschaft, die aber erst dann aktiv werden kann, wenn etwas Negatives passiert ist.

Bei solchen Entscheidungsstrukturen kann es nicht verwundern, dass der Patient keinen Einfluss auf das Leistungsgeschehen hat und entsprechend den Aussagen von offizieller Seite glauben muss, dass das, was ihm angeboten wird, „das beste der Welt“ sei. Sobald jedoch der Informationsstand der Patienten steigt, was insbesondere dann auftritt, wenn er an einer ernstesten Krankheit leidet, stellt er rasch fest, dass dem wohl nicht so ist. Die Folge dieser Situation wird in letzter Zeit auch immer offensichtlicher. Abgesehen von den wahnsinnigen 4000 offiziellen Finanzströmen des öffentlichen Gesundheitssystems (so die 2005 kolportierte Schätzung, die das Ergebnis einer Studie im Auftrag des Gesundheitsministeriums darstellt), ist ein florierender „Schwarzmarkt“ entstanden. Zu „kaufen“ gibt es frühere Arzt-Termine, frühere OP-Termine für Hüften oder Augen, frühere Reha-Plätze, „bessere“ Diagnostik und immer öfter auch „bessere“ Therapien etc. – die patientenorientierte „Betreuung“ ist bei diesen Kaufangeboten immer inklusive. Nach dem Gesetz darf das nicht sein. Denn selbst

wenn man privatversichert ist, darf der Einzelne, wenigsten offiziell, keine bessere Behandlung erhalten als der Allgemeinversicherte. Man kann sich nur die „Hotelkomponente während eines Krankenhausaufenthaltes“ erkaufen. Das hat der Verfassungsgerichtshof eindeutig erkannt. Allein die Realität zeichnet ein anders Bild – egal wie oft irgendwer auf irgendeinem Plakat oder aus irgendeiner Zeitung betont, die Zweiklassenmedizin gibt es nicht und darf es nicht geben – sie ist längst Realität!

Anlässlich der letzten Gesundheitsreformbestrebungen wurde durch einige kluge Köpfe der Versuch unternommen, die Demokratisierung des Gesundheitssystems durch Regionalisierung (Stichwort „32 Versorgungsregionen“) voranzutreiben. Heute ist klar, dass dieser Versuch als gescheitert akzeptiert werden muss. Weder wurden Entscheidungsstrukturen auf regionaler Ebene eingerichtet, noch gelang es, die politischen Entscheidungsträger zumindest auf regionaler Ebene dazu zu bewegen, eine Selbstorganisation der Gesundheitsversorgung zuzulassen. Die Einbindung der Patienten in die Entscheidungen des Gesundheitssystems, also die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung, ist daher in Österreich nicht geglückt und sogar in weite Ferne gerückt. Der Patient hat gegenüber der offiziellen Versorgung eine passive Rolle zu spielen. Da seitens der Politik keine Demokratisierung der Entscheidungswege eingeführt wird (letzte Anläufe, wie die Steuerhoheit den Ländern zu überlassen, hatten die politische Diskussion nicht einmal drei Tage überlebt), jedoch ein solidarisches Gesundheitssystem fest versprochen wird – ob es nun leistbar ist oder nicht – und zudem beängstigend an populistischen Aussagen wie „alle kriegen alles, gratis und auf allerhöchstem Niveau“ festgehalten wird, ist zu erwarten, dass Österreich den Weg Italiens nimmt, in dem der Schwarzmarkt besser gedeiht als die solidarische Versorgung und man sich mit der Idee der Mehrklassenmedizin arrangiert hat.

Politik

Die Rolle der Politik ist in jedem Gesundheitssystem der sogenannten entwickelten Länder der Welt vorhanden. Egal, wie privatisiert oder verstaatlicht das Gesundheitssystem ist, von der Politik werden immer Entscheidungen erwartet. Die Politik kann aktiv oder passiv in das Gesundheitssystem eingreifen.

Aktiver Politikeinfluss

Wenn sich die Politik aus politischem Kalkül direkt in die Leistungserbringung einmischt, also Standorte und Leistungsspektren beschließt, dann mischt sie sich aktiv ein. Aktiv bedeutet also, dass durch politische Entscheidungen festgelegt wird, wo ein Arzt eine Planstelle erhält oder ein Herzkatheterlabor errichtet werden muss oder eine Geburtshilfeabteilung zu sein hat, gleichgültig ob es dafür Bedarf gibt oder nicht, oder ob die Qualität stimmt oder nicht. Ausschlaggebend ist nur, wie sich die Entscheidung auf Wählerstimmen auswirkt. Damit ist den Interessensgruppen Tür und Tor geöffnet, um über politische Interventionen ihre Interessen durchzusetzen. Ein aktiver Politikeinfluss bedeutet daher immer, dass sich jene Gruppen, die besseres Lobbying betreiben, besser durchsetzen, unabhängig ob sie damit das gesamte System belasten oder nicht.

In Gesundheitssystemen, in denen die Politik aktiv eingreift, existieren in der Regel keine Public-Health-Strategien. Die Entscheidungen unterliegen dem tagespolitischen Hick-Hack und sind demnach auch nicht von Langfristigkeit geprägt. Eigentlich ist das falsch, denn die „Fehler“, die in so einer von Tagespolitik geprägten Kultur gemacht werden, halten sehr lange. Es ist in der politischen Realität so gut wie nicht möglich, einen Fehler zuzugeben. Da ist es schon besser, man sitzt das aus -zwischenzeitlich heißt es tarnen, täuschen und vertuschen. Hierbei ist vor allem im Vorfeld von Wahlen (das sich aber zunehmend auf die gesamte Legislaturperiode ausdehnt) oft eine gewisse Paranoia zu beobachten, bei der dann

schließlich davon ausgegangen wird, dass jegliche Entscheidung, so sinnvoll sie auch wäre, Wählerstimmen kosten könnte. Im Endeffekt tritt dann völlige Lähmung ein. Ein mittlerweile international berühmtes Beispiel für diese Entwicklung ist das österreichische Spitalswesen, das zu viele Betten vorhält. In der Einleitung wurden Aussagen der WHO aus dem Jahr 1969 zitiert, die so aktuell klingen, als ob sie der Tagespresse entnommen wären. Und auch heute ist die Schließung eines Spitals – sei es, weil es wirklich niemand braucht oder aber – was eigentlich viel schlimmer ist – weil die Qualität nicht mehr gehalten werden kann, politischer Selbstmord.

Aktive Politik in Gesundheitssystemen bedeutet in der Regel auch eine eminenzbasierte Gesundheitspolitik. Daher fördert aktive Politik einzelne Entscheidungsträger – begründet oder nicht – und steigert so die Anzahl der Akteure in Gesundheitssystemen. Durch eine gegenseitige Abstützung der selbsternannten politischen und medizinischen Eminenzen wird unter Mitwirkung der Medien rasch eine Spirale ausgelöst. Ein Politiker versteckt sich hinter einem „großen“ am besten – ob es wirklich so ist oder nicht, ist belanglos – international anerkannten Namen, der wiederum durch die Politik in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerät. Das macht ihn interessant für Medien, die nun beginnen, diesen Experten zu allen möglichen Themen zu befragen. Damit wird der Experte medienwirksam und so wieder hochattraktiv für Politiker, die sich mit diesem Experten „schmücken“ wollen. Am Ende dieses Prozesses stehen meist Skandale, die entweder das Renommee des Experten kosten, oder einen Politiker zum Rücktritt zwingen. Bevor jedoch das eintritt, wird massiv gegengesteuert und die Versorgungssituation der Bevölkerung meist verschlechtert – und das, obwohl die Kosten immer mehr steigen. Diesen Weg sind fast alle südeuropäischen Gesundheitssysteme gegangen, natürlich auch Deutschland und Österreich. Ein dermaßen aktiver Politikeinfluss ist daher in modernen Gesundheitssystemen nicht mehr zu finden.

Passiver Politikeinfluss

Ein passiver Politikeinfluss ist dann festzustellen, wenn durch die Politik Rahmenbedingungen festgelegt werden, in denen die Gesundheitsversorgung stattfinden hat. Passive Politik legt also nur mehr fest, in welcher Zeitspanne Leistungserbringer (z. B.: Unfallabteilungen) erreichbar sein müssen und mit welcher Qualität die Leistung zu erbringen ist. Es gibt also keine politische Entscheidung, wo genau welche Leistung zu erbringen ist, sondern nur mehr, dass sie in einer bestimmten Region zu erbringen ist. Politik legt also Versorgungsaufträge fest und überlässt die Organisation dieses Versorgungsauftrags Experten. Man spricht hier von Versorgungsqualität, Versorgungssicherheit und Versorgungsgerechtigkeit, nicht mehr vom Krankenhaus A oder der Arztplanstelle B. Damit sind Entscheidungen über die exakte Ausformung der Gesundheitsversorgung dem tagespolitischen Hick-Hack entzogen. Die Politik konzentriert sich auf die strategischen Rahmenpositionierungen und überlässt das Tagesgeschäft jenen, die das auch besser können. Ein solches passives Verhalten heißt jedoch nicht, dass die Politik damit passiv ist. Ganz im Gegenteil. Die Bereiche, auf die sich die Politik dann konzentriert, werden in der Regel sehr aktiv und auch hart umgesetzt. Es erleichtert die Umsetzung ungemein, wenn die Politik sich auf strategische Entscheidungen zurückzieht, da dadurch Interventionen, die bei einem aktiven Eingriff entstehen, ins Leere gehen. Interessensgruppen können so nicht mehr über die Politik ihre eigenen Interessen durchsetzen.

Dort, wo die Politik nur mehr passiv agiert, steht die Versorgung in der Regel auf Public-Health-Strategien und ist evidenzbasiert. Durch diese wissenschaftlich belegten und transparenten Entscheidungsgrundlagen stehen in der Regel die Entscheidungen dann auch außer Streit. Eine solche „außer-Streit-Stellung“ hat systemtheoretisch mehrere komplexitätsreduzierende Wirkungen auf ein Gesundheitssystem. Auf Seiten der Experten werden endlose Expertenstreitereien und die Entstehung von Eminenzen vermieden. Dadurch kann die oben genannte Spirale Politik-Experte-Medien-Politik nur schwer eintreten. Da beide

Seiten dadurch auch nicht in die Verlegenheit kommen, Fehlentscheidungen gegenüber anderen zu verteidigen, können Fehler, wenn sie entstanden sind, rascher ausgebügelt werden. Da die Entscheidungsprozesse für alle in der Regel über das Internet publiziert sind, besteht die Möglichkeit für Patienten, sich qualitätsgesichert zu informieren. Selbst wenn sie das nicht tun, gibt es den Patienten ein Sicherheitsgefühl, dass die Behandlung, die sie erhalten, auch die richtige ist. Damit werden viele in eminenzbasierten Systemen übliche Nebenpfade (man läuft von einem Arzt zum anderen, bis man die Diagnose erhält, die einem passt) unterbunden. Die Kompetenzen werden gestrafft. So paradox es klingen mag, je passiver die Politik, die sich ja eigentlich als Vertreter der Bevölkerung versteht, agiert, desto aktiver kann der Patient seine Rolle als Akteur wahrnehmen, ohne das Gesundheitssystem zu irritieren. Interessant, aber auch nicht weiter verwunderlich ist, dass jene Länder, die ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem haben, in dem die Politik nur passiv Einfluss nimmt, die mit Abstand effizientesten sind und meist auch eine sehr hohe Patientenzufriedenheit erreichen. Das beste Beispiel dafür ist sicher Dänemark.

Der Grund, warum sich in vielen Ländern die Politik auf eine passive Rolle zurückgezogen hat und entweder markt- oder demokratische Mechanismen anstatt politischer für die praktische Entscheidungsfindung eingeführt hat, war weniger in der systemtheoretischen Notwendigkeit begründet, als in der alten politischen Weisheit, dass man mit Gesundheitspolitik keine Wahl gewinnen kann, sehr wohl jedoch verlieren.

Die Situation in Österreich

Österreich kann als Paradebeispiel für eine aktive Politikbeeinflussung des Gesundheitssystems dienen, wobei nicht nur Parteien ihren direkten Einfluss ausüben sondern alle politischen Organisationen, angefangen bei der Gewerkschaft bis hin zu den regional aktiven und streng politisch organisierten Sozialvereinen. Es gibt so gut wie kein Primariat, das nicht „politisch richtig“ besetzt ist, keine Kassenplanstelle, die nicht wie bei einem Kuhhandel vergeben wird. Rehabilitationseinrichtungen werden zwischen einzelnen Teilgewerkschaften oder Gewerkschaftsteilen aufgeteilt. Selbst die Pflegeheime sind politisch gegängelt. Mit anderen Worten, es passiert im österreichischen Gesundheitswesen gar nichts ohne Parteipolitik. Die Kompetenzen sind und waren zersplittert. Mehr noch, die Politik verhindert nun seit nachweislich 40 Jahren rationelle Entscheidungen. Daher treten auch all jene Phänomene auf, die in solchen Systemen zu erwarten sind. Insbesondere der feste Griff der Eminenzen ist dem österreichischen Gesundheitssystem mehr als schädlich. Erinnern wir uns, dass 1969 die WHO bereits beklagte, dass eine Qualitätsbetrachtung nicht möglich ist. Nach österreichischen Maßstäben ist dies auch nicht nötig, weil politische Eminenzen, in dem Fall Landes- und Bundespolitiker, ja behaupten, es sei ohnehin das beste System der Welt. Wahrscheinlich sind wir daher auch das letzte Land der Welt, das eine standardisierte Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich verweigert. Wir wissen nichts über den Bereich, außer, was er in Summe kostet, wir müssen uns darauf verlassen, dass die politischen Eminenzen, im Fall der Ärztekammer etwa, Recht haben, wenn sie behaupten, das System ist das beste der Welt. Und wenn irgendwo Kritik aufkommt, dann sind es wieder die landes- und bundespolitischen Eminenzen, die alles dementieren und mahnen, man solle die Patienten nicht verunsichern. Es ist ein intransparentes und auch nicht nachhaltiges System. Österreichs Politik hat in der Gesundheitsversorgung das Tarnen, Täuschen und Vertuschen zur Maxime erhoben, die jedoch hinkünftig immer öfter nicht mehr greifen wird – Stichwort Gangbetten, Stichwort OP-Wartezeit. Wenn sich die Tagespolitik nicht aus dem Gesundheitssystem raushält und wenn die Politik nicht passiver wird und dafür die Rahmenbedingungen hart durchsetzt, auch wenn das bedeutet, unpopuläre Maßnahmen setzen zu müssen, und wenn das Tarnen, Täuschen und Vertuschen nicht aufhört, dann wird sich der sozial unabgefederte Markt die Gesundheitsversorgung mit voller Härte zurückholen, und keine politische Macht

wird das aufhalten können. Am Ende des Tages wird auch die Politik die Zeche bezahlen müssen.

Spezialisten und Experten

Die Gesundheitsversorgung umfasst nach moderner Definition der Gesundheit präventive, diagnostische, therapeutische, rehabilitative, gesundheitserhaltende, pflegende und palliative Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die sich mit Krankheiten oder Symptomen, die ein Individuum aufweist, seien sie körperlich, seelisch oder verhaltensmäßig, inklusive der zellulären und genetischen Information, den Strukturen oder Funktionen des Körpers oder eines Teils des Körpers befassen. Aus dieser Aufzählung kann man Teilbereiche ableiten, die jedoch einen zusammenführenden Mittelpunkt – den Patienten – haben. Zwar kann man einzelne Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen isoliert und wissenschaftlich betrachten und dann behaupten, diese gehöre zur Rehabilitation oder zur Kuration oder zur Pflege, in der Praxis ist diese Einteilung jedoch hinderlich, weil ein Patient unter Umständen zwei oder drei dieser Leistungen gleichzeitig benötigt, obwohl sie, streng genommen, drei Bereichen zuzuordnen sind. Wenn jemand eine Rehabilitation nach einem Herzinfarkt macht und dabei eine Grippe einfängt, dann wird es derselbe Patient sein, der dann eine entsprechend angepasste Grippe-Therapie und gleichzeitig entsprechend angepasste Rehabilitation braucht. Es ist nicht möglich, die Grippe ohne die Herzprobleme oder die Herzprobleme ohne die Grippe zu betrachten. Es ist ein Patient, der nicht einfach aufgeteilt werden kann in einen Reha-Patienten und einen Kurationspatienten. Moderne Gesundheitsversorgung betrachtet daher die Bereiche Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Pflege als Teilbereiche EINER Gesundheitsversorgung.

Der Grund für diese Themeneinteilung ist eher historisch zu verstehen, wobei das Wort historisch fast zu stark ist. Wenn man sich vorstellt, dass eine systematische Gesundheitsversorgung erst ab dem 19. Jahrhundert existiert, also vielleicht einmal 150 Jahre alt ist, dann wird es leicht verständlich, dass hinter dieser Einteilung keine alten Traditionen stehen, sondern die Entwicklung von drei, vielleicht vier Generationen. Sie hat sich auf Basis verschiedener Theorien entwickelt, von denen die wenigsten noch relevant sind, und spiegelt die Wissensentwicklung und damit verbundene Spezialisierung seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wider. Die Gliederung ist weitgehend willkürlich und hat sachlich eigentlich keine Berechtigung mehr. Überall dort, wo die Wissenschaft neue Erkenntnisse gewonnen hat, bzw. der Fortschritt der Medizin nun Interventionen zulässt, die früher unmöglich waren, wird transparent, dass es für diese Einteilung keinen Grund gibt. Denken wir nur an den Schlaganfall. Schlaganfallbehandlung und neurologische Rehabilitation kann man eigentlich nicht voneinander trennen. Eine Trennung, wie sie heute in Österreich gemacht wird, ist sachlich nicht begründet. Dass das Thema aktuell wurde, bzw. eine Diskussion darüber entstanden ist, was Schlaganfallbehandlung und was neurologische Rehabilitation ist, hängt ausschließlich mit der durch die Alterung der Gesellschaft bedingten Häufung von Schlaganfällen und dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Behandlung zusammen. Ein anderes Beispiel ist die Pflegeprävention, die man weder dem Bereich Prävention, oder der Pflege noch der Rehabilitation klar zuordnen kann. Oder palliative Maßnahmen, die seit langem angewandt werden, und mittlerweile sogar jene Wichtigkeit erreicht haben, dass sie in modernen Gesundheitssystemen als eigener Bereich etabliert wurden. Nichtsdestotrotz gibt es diese traditionelle Einteilung.

Die Folge dieser wie jeder anderen Einteilung ist die gegenseitige Abschottung der Teile. Allein dadurch entstehen bereits sogenannte Schnittstellenprobleme. Doch auch innerhalb der so entstandenen Teilbereiche kommt es zur Weiterentwicklung. Nehmen wir als offensichtlichste Weiterentwicklung, den Bereich der Kuration, also den Bereich, der aus Diagnostik und Therapie besteht und als die typische ärztliche Tätigkeit gilt. Durch die immer

größer werdende Flut an Wissen hat dieser Teil im Laufe von nur wenigen Jahrzehnten die Ärzteschaft in eine Unmenge an „Subspezialisierungen“ geteilt, die als Fachärzte bekannt sind. Es gibt die Chirurgen, die Neurologen, die Internisten, die Urologen etc., aber auch so unbekannt Exoten wie den Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder den Facharzt für Medizinische Leistungsphysiologie, oder den Facharzt für Spezifische Prophylaxe und Tropenhygiene sowie für Virologie. Innerhalb der Fächer ist die Spezialisierung aber nicht stehen geblieben. So gibt es Zusatzfächer für Nephrologie, Hämato-Onkologie, Gastroenterologie und Hepatologie, Zytodiagnostik, Humangenetik etc.

Diese Spezialisierung hat ganz reale Auswirkungen. Betrachten wir die Entwicklung der Spezialisierung. Anfänglich ist ein Gebiet oder Fach noch verhältnismäßig homogen und übersichtlich. Allerdings wird es durch den kontinuierlichen Wissenszuwachs immer schwieriger für den einzelnen, sein Fach wirklich zu durchdringen und am Laufenden zu bleiben. Im Laufe der Zeit wird es nicht mehr möglich sein, alles zu Wissen und so konzentrieren sich einzelne Dienstleister auf Spezialgebiete. Dadurch haben diese wieder mehr Zeit zur Verfügung und sie werden sich in diesen Spezialgebieten vertiefen. Sie werden forschen und so zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen gelangen. Es wird also zu Wissenszuwachs in diesen Spezialgebieten kommen. Damit wird das Fach größer und es wird für die Nachkommenden noch ein Stück schwieriger, alles zu lernen. Also wird das Fach irgendwann einmal geteilt. Da nun das Fach geteilt ist, entsteht wieder „Platz“ für neue Erkenntnisse. Die Fächer werden wieder weiter wachsen, solange bis es wieder zu einer Konzentration auf ein Spezialgebiet und in weiterer Folge neuerlicher Auftrennung kommen muss. Am Ende dieser Entwicklung kann ein Spezialist zwar wahnsinnig viel über die rechte Zehe oder das linke Auge sagen, kennt sich mit der linken Zehe oder dem rechten Auge aber nicht mehr aus. Auf den ersten Blick ist eine solche Entwicklung eigentlich nicht schlecht und sogar zu begrüßen. Immerhin zeigt eine hohe Spezialisierung, dass der Entwicklungsstand sehr hoch ist. Wenn man jedoch nun diese Entwicklung in die Realität setzt, dann sieht die Sache anders aus. Jeder Spezialist muss von irgendetwas leben. Leben kann ein Spezialist nur, wenn er sein Wissen an den Mann, also den Patienten bringt. Wenn er keine Patienten hat, dann wird er wohl oder übel nicht von seiner Arbeit leben können, abgesehen davon, dass er wohl bald sein Können verliert, wenn er nicht ausreichend „übt“. Die Folge dieser so simplen Wahrheit ist, dass bei dem heutigen Grad der Spezialisierung die „Spezialpatienten“ knapp werden. Und so beginnen die hochspezialisierten Fächer sich gegenseitig zu konkurrenzieren. Die Pulmologen versuchen den Kardiologen Patienten wegzunehmen, die Physikalischen Mediziner den Neurologen, die Unfallchirurgen den Orthopäden, die Urologen und HNO-Ärzte den Kinderärzten, die Psychiater sowieso jedem und so weiter und so weiter. Dass das möglich ist, ist leicht erklärt: Wenn ein Mensch krank ist, dann ist er in der Regel in seiner Gesamtheit krank. Je spezialisierter die Medizin ist, desto eingeschränkter ist der Blick. Man kann so gut wie jede Krankheit aus jeder Fachsicht betrachten und dabei einfach festlegen, dass der Patient „klar“ seinem Fach zuzuordnen ist. Herzprobleme können mit Zähnen zu tun haben, also warum sollte der Zahnarzt nicht auch ein EKG machen! Krebs kann man als autoaggressive Krankheit definieren und damit ist der Patient klar den Psychiatern zuzuteilen! Eine verengte Vorhaut, die sogenannte Phimose, ist eine Krankheit, um die sich die Urologen – es geht ja um den Penis – die Chirurgen – es ist ja eine Operation – und die Kinderchirurgen – es handelt sich ja meist um ein Kind – streiten! Je höher spezialisiert die Medizin ist, desto mehr Spezialisten können sich um ein und denselben Patienten kümmern. Der Patient kann sich da kaum wehren, denn mit der immer höhergradigeren Spezialisierung wird die Informationsasymmetrie zwischen dem „ungebildeten“ Patienten und dem „hochgradig spezialisierten“ Arzt immer größer. Ein Patient, dem ein Spezialist mitgeteilt hat, dass nur er ihn heilen kann, der kann gar nicht mehr zu einem anderen Arzt.

Doch hört das Gerangel um den Patienten nicht bei den Ärzten auf, sondern betrifft jeden Teilbereich der Gesundheitsversorgung, angefangen bei der Prävention bis hin zur Palliation.

Und weil dieses Gerangel auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung stattfindet, tritt ein für den normalen Patienten sehr unangenehmer Effekt ein. Jeder Spezialist wird beginnen, Patientenselektion zu betreiben. Anders ausgedrückt, ein Spezialist trachtet danach, die Patienten herauszufiltern, die seiner Meinung nach von ihm behandelt werden müssen, und die Patienten, die seiner Meinung nach jemand anderer behandeln sollte, abweisen. Leider ist zu sagen, dass bei dieser Selektion nicht die Medizin im Vordergrund steht, sondern in der Regel handfeste wirtschaftliche Interessen. Ein finanzkräftiger Patient wird auf diesem Weg von allen bevorzugt, ein finanzschwacher hingegen wird gerne den „anderen“ überlassen. Und so ziehen und zerren alle an den gleichen Patienten. Jeder Teilbereich und jeder Spezialist „kämpft“ um die „guten“ Patienten. In diesen „Kampf“ um die Patienten mischt sich bald die Politik ein. Wenn sie sich aktiv einmischt, dann beginnt sie angeblich klare Abgrenzungsregeln zu entwerfen. Entsprechend den Ausbildungsregeln werden Kompetenzen verteilt. So eine Situation ist nicht auf das Gesundheitswesen beschränkt. Bereits im Mittelalter war beispielsweise das Handwerk über Zünfte geregelt. Wenn man Schneider war, dann hat man keinesfalls Stoffe weben dürfen, selbst wenn man es konnte. Das Weben war die Aufgabe und das Vorrecht der Weber. Doch auch in der Neuzeit findet man solche Phänomene noch. Man braucht nur an die komplizierte Gewerbeordnung in Österreich denken. Wenn man zuhause einen Luster aufhängen lassen will, dann darf nur ein Elektroinstallateur den Stromanschluss herstellen, den Haken, an dem der Luster hängt, darf nur ein Maurer montieren und aufgehängt wird das alles vom Lampenhändler. Solange es nur ein Luster ist, den man aufhängen lassen will, ist die Sache verhältnismäßig ungefährlich. Schlimmstenfalls hängt man ihn selbst auf.

In einem Gesundheitssystem ist das schon anders. Die Folge so einer Entwicklung in Gesundheitssystemen ist ein undurchdringlicher Dschungel an verschiedenen Dienstleistern und die Wahl, welcher Dienstleister gerade für den Patienten der richtige ist, nur schwer zu erraten. Auch der Übergang von einem Dienstleister zum andern wird immer unmöglicher. In der höchsten Ausformung dieser Art der Versorgung spricht man von einem desintegrierten Gesundheitssystem. Der Patient wird nicht mehr von dem Dienstleister behandelt, den er braucht, sondern von dem, der ihn aus welchen Interessen auch immer, an sich binden kann. Wer an dieser Stelle glaubt, dass ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem vor dieser Entwicklung gefeit ist, der irrt. Denn diese Entwicklung ist systemtheoretisch vollkommen nachvollziehbar – Spezialisten als Akteure werden immer versuchen, eine Monopolstellung aufzubauen. Die treibende Kraft dahinter sind marktwirtschaftliche Gesetze, die nur durch demokratische Mechanismen gesteuert werden könnten. In solidarisch finanzierten Systemen, sofern sie nicht eine strikte evidenzbasierte Gesundheitspolitik mit demokratischen Steuerungsmechanismen betreiben, besteht ganz im Gegenteil sogar die verstärkte Tendenz desintegriert zu werden, da durch den Eingriff der öffentlichen Hand eine Marktverzerrung stattfindet und so die selbstreinigenden Kräfte des freien Marktes unterbunden werden können. In desintegrierten Gesundheitssystemen sind immer der Patient und der Geldgeber (also der Beitrags- oder Steuerzahler) die Verlierer. Gewinner sind die Spezialisten mit dem größten politischen Einfluss.

In modernen Gesundheitssystemen hat man rasch erkannt, dass der Patient auf der Strecke bleibt und die Kosten explodieren. Die einzige Chance solche Entwicklungen zu unterbinden, ist die Entwicklung von integrierten Gesundheitssystemen, die auf Public-Health-Strategien aufbauen. Ein integriertes Gesundheitssystem hat zum Ziel, umfassende, koordinierte und kontinuierliche Dienstleistungen bereitzustellen und für einen nahtlosen Versorgungsprozess zu sorgen. Integration führt Fälle und Informationen über Fälle zusammen, die in unterschiedlichen Einrichtungen, Versorgungsebenen und über Zeitverläufe (am besten über die gesamte Lebensspanne) hinweg auftreten. In einem integrierten System sind daher Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung so aufeinander abgestimmt, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige

Leistung erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, und um eine Desintegration zu vermeiden, ist es jedoch unabdinglich, dass das Gesundheitssystem so transparent wie möglich wird. Jede Intransparenz kann und wird dazu führen, dass in diesem Nebel Spezialisten und Politiker ihre Interessen durchsetzen. Intransparenz ist ein hervorragendes Instrument zur Herstellung und Bewahrung von Illusionen. Basis der notwendigen Transparenz ist die öffentliche und allen leicht zugängliche Dokumentation der Qualität. Aufbauend auf international vergleichbaren Dokumentationsstandards, die weit über die Dokumentation der Diagnosen und Leistungen hinausgehen und auch die Ergebnisqualität – wie gut sind sie wirklich, die Spezialisten? – darstellt, müssen Patientenpfade und Leitlinien entwickelt werden. Einige dieser Leitlinien sind auch in verpflichtende Richtlinien umzuwandeln sind. So wird es möglich, dass sich „echte“ Spezialisten entlang einer Patientenkarriere auffädeln und nicht die Patientenkarriere „steuern“ dürfen. Integrierte Gesundheitssysteme, in denen die Patientenkarriere und nicht der Spezialist die Einteilung der Medizin vornimmt, sind die Herausforderung der nächsten Jahre. Dort, wo das nicht gelingt, ist der Kollaps des Systems vorprogrammiert.

Die Situation in Österreich

Da in Österreich keine Public-Health-Strategien existieren, vielmehr die Politik aktiv Einfluss in die Gesundheitsversorgung nimmt und das ganze System eminenzbasiert ist, ist es auch nicht verwunderlich, dass die Spezialisten in Österreich wesentlich im Kampf um die Patienten mitspielen und eine integrierte Versorgung nicht möglich ist. Besonders deutlich wird dies durch die existierenden Gesellschaften, die eigentlich nur Lobbying-Agenturen für Spezialisten sind, seien es die Hebammen, die Ärztlichen Fachgesellschaften, die Fachgruppen der Ärztekammer oder auch nur die Selbsthilfegruppen. Ein Blick auf die diversen Internetseiten dieser Gesellschaften zeigt das deutlich. Statt inhaltlich und qualitativ zu arbeiten, werden in der Regel die Vorstände genannt – samt Titel und Ehrungen. Dort, wo Empfehlungen abgegeben werden, stehen meist standespolitische Interessen im Vordergrund. Ein Integrationsprozess mit dem Ziel, ein integriertes Gesundheitssystem zu entwickeln, wird in Österreich durch ein undurchdringliches Geflecht von, oft auch verfassungsmäßig abgesicherten, Interessensverbänden verhindert. Eine übergeordnete Instanz, die die Macht hätte, diesem Treiben ein Ende zu setzen, fehlt gänzlich und ist nicht einmal in Ansätzen in Sicht. Es gibt keine einheitliche Qualitätsberichterstattung – wie denn auch, gibt es doch nicht einmal eine einheitliche Leistungsdokumentation. Ja selbst die Diagnosedokumentation, die international seit den 1960er Jahren üblich ist (ICD International Classification of Diseases), fehlt in Österreich – obwohl sie bereits seit Jahren per Gesetz beschlossen ist. Die medizinische Dokumentation ist in Österreich in der Tat dermaßen ungenügend, dass man eigentlich gar keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder das Leistungsgeschehen der Gesundheitsdienstleister machen kann. Man muss sich auf die Aussagen der Spezialisten verlassen. Es verwundert daher auch nicht, dass weder die niedergelassenen Ärzte, noch die Spitäler, noch sonst irgendeine Organisation in einen gesamthaften Plan eingebunden ist. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte wird ausverhandelt – ob man sie braucht oder nicht. Auch die Expertise der Ärzteplanstellen ist nicht Bedarfs- sondern Verhandlungssache. Weder der Markt, noch der Bedarf bestimmt, wo welcher Arzt sitzt. Es ist alles Sache der Verhandlung. Das gleiche Phänomen ist bei den Spitälern festzustellen. Auch wenn 1969 die WHO diesen Umstand bereits kritisiert hat, eine sinnvolle Abstimmung der Leistungsspektren der Krankenhäuser ist nicht umsetzbar. Statt eine einheitliche und integrierte Gesundheitsstrategie zu verfolgen, werden dagegen immer mehr „Spitzenleistungen“ erbracht. An jeder Ecke entstehen sogenannte Kompetenzzentren – also die Konzentration von Spezialisten. Jedes Krankenhaus wird zu einer Spezialklinik. Die Verleihung des Titels „Exzellenzzentrum“ an einzelne Standorte durch Minister erfolgt ohne jegliche dahingehende Richtlinien. Offenbar reicht der Wunsch, ein solches zu sein, für die Verleihung dieses „Titels“ aus. Ein Blick in die Dokumentation, so

man Zugang dazu hat, zeigt dann schnell, dass es sich dabei um Etikettenschwindel handelt. Ein Beispiel soll das illustrieren: Europaweit wird von Fachgesellschaften gefordert, dass nur mehr in jenen Krankenhäusern Brustkrebs operiert werden soll, wo mindestens 150 solcher Operationen pro Jahr durchgeführt werden. Für Kompetenzzentren gilt eine Mindestfrequenz von 300. In Österreich ist das anders. Das Ansinnen, europäische Standards einzuführen, führte zur offiziellen Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, dass so etwas nicht in Frage komme – Österreich sei anders, solche Standards seien für Länder gemacht, in denen es Millionenmetropolen gibt – ein Blick in die Landkarte zeigt, dass Österreich stärker verstädtert ist als Schweden, Finnland, Großbritannien oder Norwegen – Millionenmetropolen, also Städte mit mehr als zwei Millionen Einwohner gibt es gerade einmal ein Duzend und auch nur dann, wenn man die Einzugsgebiete der Städte dazuzählt. Wien gehört, wenn man Wien-Umgebung und die Südstadt dazuzählt, fast dazu. Nimmt man nur die Städte selbst, dann bleiben als Millionenmetropolen gerade einmal Paris, Rom, Madrid, Berlin und London übrig. Zu behaupten, Österreich sei ländlicher als andere europäischen Länder, kann nur auf einen Wissensmangel und historischen Minderwertigkeitskomplex zurückgeführt werden. Nichtsdestotrotz, haben sich die Chirurgen mit diesem Argument durchgesetzt. Eine Mindestmengenforderung wie sie in Europa gilt, gilt nicht in Österreich. Der wahre Hintergrund dieser Reaktion ist der, dass sich die Chirurgen einfach das Operieren nicht nehmen lassen wollen. In jedem österreichischen Krankenhaus soll der „Spezialist“ machen dürfen, was er will – und keiner hat ihm da reinzureden – ob das für den Patienten gut oder schlecht ist, ob das für das System gut oder schlecht ist, das steht nicht zur Debatte.

Österreich ist das Land, in dem Spezialisten, gestützt durch die Politik, zu Eminenzen werden und maßgebliche Akteure sind. Hinter jedem Eck sind Kompetenzzentren und Spezialisten für „eigentlich eh alles“ zu finden, die natürlich, wenn auch undokumentiert, höchste Qualität liefern. Die daraus entstehenden Systemprobleme sind aus aktueller Sicht nicht lösbar.

Berufsgruppen

Mit dem Thema der Spezialisten nah verwandt ist das der Berufsgruppen. Orientieren sich die Spezialisten an Inhalten, denken Berufsgruppen eher standesbewusst. Jedes Gesundheitssystem hat gelernt, dass ein wesentlicher Teil der Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen von der Qualifikation der Dienstleistungserbringer abhängt. Demzufolge wurden schon bald gesetzliche Ausbildungsvoraussetzungen geschaffen. Ohne entsprechende Ausbildung ist die Ausübung von Gesundheitsberufen fast überall verboten. Viele dieser Ausbildungen sind akademisch bzw. dem tertiären Bildungssektor zuzurechnen. Personen der Gesundheitsberufe gehören daher vom Ausbildungsstand zu den bestausgebildeten Bevölkerungsgruppen. Da sie sich zudem mit Patienten und deren „wichtigstem“ Gut, der Gesundheit, beschäftigen, haben sie auch das höchste Sozialprestige. Es ist daher nicht verwunderlich, dass diese Bevölkerungsgruppen ein hohes Standesbewusstsein entwickelt haben. Die Standesvertretungen sind demzufolge auch sehr mächtig. Ihre Macht beruht in der Regel jedoch nicht nur auf dem hohen Ausbildungsniveau und dem hohen Sozialprestige, sondern meist auch auf gesetzlichen Rahmenbedingungen. Diese Rahmenbedingungen legen fest, in welcher Form die Standesvertretungen zu organisieren ist, bzw. in welche politischen Entscheidungen sie jedenfalls einzubinden sind. Entsprechend dem ständig steigenden Wissen und dem damit verbundenen Ausbildungsaufwand haben sich im Lauf der Zeit immer mehr Berufsgruppen herausgebildet. Dieser Prozess ist bei weitem noch nicht abgeschlossen und ist in jedem Land unterschiedlich weit entwickelt.

Diese Gliederung ist im Grunde eine gute Entwicklung, da sie der arbeitsteiligen Welt entspricht. Allerdings versuchen sich die Berufsgruppen gegenseitig abzuschotten. Da die

Berufsgruppen jedoch unmittelbar am Patienten arbeiten, ist dieses Abschotten meist unvollständig. Und so entsteht täglich ein Konfliktpotential, das im schlimmsten Fall in einem Berufsgruppenkonflikt mündet. Im Grunde spielt sich bei den Berufsgruppenkonflikten im Kleinen ab, was bei Spezialisten im Großen stattfindet. Streiten die einen darum, wer welchen Patienten oder welche Patientengruppe behandeln soll, streiten die Berufsgruppen darum, wer welche Aufgabe bei der Behandlung des Patienten hat, also während der Krankheit des Patienten was zu tun, oder zu lassen hat. Der berühmteste Konflikt, der weltweit aufgetreten ist und sich als kaum beherrschbar herausstellt, ist der Konflikt zwischen Ärzten und Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege. Ein latenter Konflikt lässt sich allerdings fast überall beobachten.

Durch die standespolitischen Dünkel werden unmittelbar die Kompetenzen berührt, bzw. wird die Kompetenzzuteilung erschwert. So wie die Spezialisten versuchen, eine ihnen angenehme Patientenselektion zu betreiben, versuchen Berufsgruppen eine ihnen genehme Arbeitsselektion vorzunehmen. Um diesen Konflikten zu begegnen, wurden international viele verschiedene Modelle entwickelt, die alle mehr oder weniger gut funktioniert haben. Der beste Weg ist vermutlich der, die Politik aus dem Spiel zu lassen. Ein aktiver Politikeinfluss ist normalerweise der Garant dafür, dass Interessensvereinigungen Lobbying betreiben können. In Ländern, in denen durch gesetzliche Bestimmungen die Macht der Interessensvertretungen geschwächt wurde, ist der Berufsgruppenkonflikt am geringsten. Dort, wo die Interessensverbände politisch stark beteiligt sind, ist logischerweise der Konflikt am größten.

Starke Interessensverbände haben keineswegs automatisch einen negativen Einfluss auf den Ablauf der Gesundheitsversorgung. Ganz im Gegenteil, die Berufsgruppen stellen die eigentlichen Leistungsträger dar und sollten daher durchaus gut organisiert sein. Wer, wenn nicht die Berufsgruppen, haben fachlich den besten Überblick, was für die Ausübung des Berufes nötig ist. Gesundheitssysteme leben quasi vom fachlichen Input der Berufsgruppen, sei es in Fragen der Aus- und Weiterbildung, sei es bei Fragen des medizinischen Fortschritts, sei es in Fragen der Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen. Ein wesentlicher Teil des Scheiterns von Gesundheitssystemen ist durch die unzureichende oder „falsche“ Organisation von Berufsgruppen geprägt, sei es, weil einige der Berufsgruppen zu mächtig oder andere zu ohnmächtig waren. Zwar bedeuten starke Interessensverbände zwangsläufig, dass sie Akteure sind, dafür können sie die Rolle der Akteure aber auch wirklich und effektiv zum Wohl des Patienten übernehmen. Es hängt also vom politischen Geschick ab, ob die Interessensverbände gegeneinander, miteinander oder nebeneinander arbeiten können. Sind Interessensverbände schwach, können sie auch nicht Akteure sein und müssen geleitet werden. Wenn sie jedoch nicht Akteure sind, erfordert es eine Unmenge an Steuerungs- und Kontrollinstrumenten, um festzustellen, ob – salopp gesprochen – eine Krankenschwester auch eine Krankenschwester, ein Arzt auch ein Arzt ist und ob sie das tun, was man von ihnen erwartet. Starke Interessensverbände haben, so sie nicht korrupt sind, eine hohe Selbstreinigungskraft. Schwachen fehlt so etwas zur Gänze. Allerdings kauft man diesen Vorteil zu einem, in einem so dynamischen Feld wie der Gesundheitsversorgung nicht zu unterschätzenden Preis ein. Durch den unglaublichen Wissenszuwachs werden die Aufgaben immer vielfältiger. Wie bereits angedeutet, müssen daher immer wieder neue Berufsgruppen entstehen (z. B.: die amerikanischen Arzhelfer, die mehr dürfen als eine Krankenschwester, aber weniger als ein Arzt), andere verschwinden (z. B.: OP-Gehilfen, die es nur mehr in Österreich gibt). Wenn die Interessensverbände „zu“ stark sind oder sich gar Korruption breit gemacht hat, und insbesondere dann, wenn die Politik „zu“ tief in das Geschehen eingreift, dann ist die notwendige Entwicklung neuer Berufsgruppen massiv gehemmt und das Vergehen von Berufsgruppen unmöglich. Die Berufsgruppen entledigen sich immer mehr der nicht genehmen Arbeit (z. B. Blutdruckmessen bei den Schwestern, Arztbriefschreiben bei den Spitalsärzten etc.) und beharren auf der ihnen genehmen. Da jedoch die ganze Arbeit

getan werden muss, werden sich „Berufsgruppen“ bilden, die „Mädchen für alles“ werden (in Österreich z. B. Ärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner-Turnusärzte). Eine solche Entwicklung ist für ein Gesundheitssystem am schädlichsten.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass in den Berufsgruppen einerseits ein ungeheures Potential liegt, ein Gesundheitssystem gut funktionieren zu lassen, aber gleichzeitig auch ein enormes Risiko, dass genau diese Gruppen, das Gesundheitssystem zu Fall bringen. Es bedarf einer fundierten und überlegten Gesundheitspolitik, die Berufsgruppen so zu behandeln, dass sie – als Gruppen wohlgeehrt, nicht als Einzelpersonen – neben den Patienten die wichtigsten Akteure im Gesundheitssystem sind. Eine weitgehende Selbstorganisation muss mit einer geeigneten Kontrolle einhergehen. Als geeignete Instrumente dafür eignen sich Marktmechanismen und transparente Qualitätskontrollen. Planung hat versagt, ebenso Politik.

Die Situation in Österreich

Die Berufsgruppen stellen in Österreich ein sehr inhomogenes Feld dar. So gut wie jede Berufsgruppe ist zwar ständisch organisiert, allerdings bedeutet das nicht, dass sie deswegen auch alle gleich stark sind. Wesentlichster Grund für diese Situation dürfte wohl in der Parteienpolitik Österreichs liegen. Nur große Berufsgruppen sind überhaupt geeignet, dass sie parteipolitische Strukturen entwickeln, also sind kleine Berufsgruppen für die offizielle Politik uninteressant. Große Berufsgruppen wiederum werden gerne für parteipolitische Spiele „missbraucht“, sodass es vom jeweiligen politischen Umfeld abhängt, ob sie stark sind oder nicht. Daraus abgeleitet hat sich auch eine sehr inhomogene gesetzliche Situation entwickelt. Einige Berufsgruppen werden gesetzlich tief in Entscheidungswege eingebunden, andere nicht einmal dann befragt, wenn es um sie geht. Fallweise entwickeln sich daraus in der Gesetzeswerdung skurrile Situationen. Da werden unter Landesregierungen oder der Bundesregierung Arbeitsgruppen und Unterarbeitsgruppen gebildet, um einzelnen Berufsgruppen – mehr oder weniger legal – vom Entscheidungsprozess aus- oder auch einzuschließen. So eine Vorgangsweise führt natürlich zu erheblicher Skepsis, die wiederum in Reflexen mündet, was der Sache nicht dient. So reklamieren sich einzelne Berufsgruppen nun ständig in alles Mögliche hinein und sind, wenn sie nicht erhört wurden, fundamental gegen jede Entscheidung. Oder es werden eigene Gremien geschaffen, die man dann gegen Einflüsse von anderen Gruppen abschottet und deren Entscheidungen dann als „unabdingbare“ Forderung erhoben werden. Im Bereich der Ausbildungsvoraussetzungen entstehen ebenfalls immer wahnwitzigere Situationen. Einige Berufsgruppen haben quasi das Recht, das eigene Ausbildungscurriculum zu entwickeln, ohne es mit anderen Berufsgruppen abstimmen zu müssen. Andere Berufsgruppen wiederum werden nicht einmal dazu befragt, sondern haben zu nehmen, was eine Regierung ihnen vorsetzt. Als weitere Komplexitätstreibende Situation tritt der Föderalismus hinzu. So gibt es beispielsweise neun verschiedene Berufsbilder für die Betreuung alter Menschen (Altenpfleger) und daher auch neun verschiedene Ausbildungen, die man sich gegenseitig auch nicht anerkennt – Altenpfleger sind also eine schlecht organisierte Berufsgruppe. Doch selbst vor gut organisierten Berufsgruppen macht der Föderalismus nicht halt. Dass die Ärztekammer eine starke Berufsgruppenorganisation ist, ist wohl nicht unbekannt. Dass sie jedoch bei genauer Betrachtung eigentlich ohnmächtig ist, ist vermutlich gar nicht bekannt. Die österreichische Ärztekammer ist streng föderal gegliedert. Daher wird die Ärztekammer gerne auch als Organisation beschrieben, die neun Zentralen (die Landesärztekammern) und eine Filiale (die Österreichische Ärztekammer) hat. Bis es zu einer Entscheidung innerhalb dieser schwerfälligen Struktur kommt, dauert es sehr lange. Ganz abgesehen davon, dass die Gliederung in Angestellte Ärzte und Selbständige Ärzte vermutlich auch bedeutet, dass die Kammern „zwei verschiedene Berufsgruppen“ vertreten müssen – also gleichzeitig Arbeiter-/Angestelltenkammer und Wirtschaftskammer sein müssen – ein innerer Widerspruch. Daher

ist es klar, dass die Ärztekammern auch die Paradebeispiele für die Verweigerungspolitik darstellen – nach dem Motto, es ist gescheiter, einmal grundsätzlich gegen alles zu sein, nachgeben kann man dann noch immer.

Die unterschiedliche Stärke der verschiedenen Berufsgruppen setzt sich natürlich in der Realität fest. Ein ganz besonderes Beispiel dafür ist die sogenannte Kollegiale Führung in Krankenhäusern. Die Kollegiale Führung besteht aus drei Mitgliedern, der ärztlichen Direktion, der alle Ärzte unterstellt sind, der Pflegedirektion, der alle anderen Mitarbeiter aus Gesundheitsberufen unterstellt sind und der Verwaltungsdirektion, der alle anderen Berufsgruppen (von den Köchen bis zu den Gärtnern) unterstellt sind. Zusammen und gleichwertig müssen sie die Häuser führen. Eine sehr ineffiziente Struktur, die nur durch die Macht der einzelnen Berufsgruppen entstanden ist. Wenn beispielsweise ein Turnusarzt mit der Arbeit einer Krankenschwester unzufrieden ist, dann müsste er das dem Primararzt als Abteilungsleiter, der dem ärztlichen Direktor, der der Pflegedirektion die der Stationschwester und die wiederum der angesprochenen Schwester mitteilen – ein gänzlich nicht durchführbarer Weg.

Ein anderes Beispiel der unterschiedlich starken realpolitischen Macht der Berufsgruppen kann man in der Bezahlung der niedergelassenen Ergotherapeuten und der Physiotherapeuten ablesen. Ergotherapeuten erhalten für eine Therapie wesentlich weniger von der Krankenkasse bezahlt als Physiotherapeuten. Einen sachlich begründeten Unterschied dürfte es nicht geben, beide haben eine gleichwertige Ausbildung, beide behandeln die gleichen Patienten, beide brauchen eine in etwa gleich teure Ausstattung. Und würden marktwirtschaftliche Mechanismen gültig sein, müssten die Ergotherapeuten eigentlich sogar mehr verdienen, besteht doch in ihrer Berufsgruppe auch ein deutlich größeres Angebotsdefizit. Und trotzdem sind die Ergotherapeuten schlechter bezahlt. Verständlich wird das, wenn man weiß, dass es weniger Ergotherapeuten gibt, als Physiotherapeuten und daher die Forderungen der einen Berufsgruppe mehr politische Unterstützung finden als die der anderen – ein typisches Beispiel dafür, wie Politik Marktmechanismen beeinflussen kann.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Berufsgruppen unterschiedlich stark sind, aber die Stärke leider nicht am Patienten oder der Qualität orientiert ist, sondern von der „tagespolitischen“ Akzeptanz abhängt. Zwar betonen alle, dass bei ihnen der Patient im Mittelpunkt steht, man hat aber oft den Eindruck, dass er dort den meisten im Weg steht. Es sind keine Strukturen vorhanden, die es ermöglichen würden, die Berufsgruppen so zu koordinieren, dass sie zusammen dem Gesundheitssystem dienen. Vielmehr ist zu beobachten, dass sich einzelne Gruppen herauskristallisieren, die jene Aufgaben übernehmen müssen, die die etablierten Berufsgruppen nicht oder nicht mehr übernehmen wollen. Beispielhaft sind hier die Turnusärzte und Altenpfleger zu nennen. Diese „neuen“ Berufsgruppen werden als Puffer verwendet, um die dringend nötigen politischen Entscheidungen vor sich herzuschieben.

Dienstleistende Institutionen

Systemtheoretisch betrachtet ist ein Akteur nicht unbedingt eine Person oder Personengruppe, sondern eigentlich nur ein Etwas, das aufgrund seines Eigenlebens aktiv in ein System eingreifen kann. Ist die Einflussnahme ins Gesundheitssystem durch Patienten, Politiker, Spezialisten und Berufsgruppen in der Regel noch eher von individuellen Einzelpersonen geprägt, sind Institutionen in der Regel von einer Fülle von Personen getragen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen. Die dienstleistenden Institutionen sind daher in der Regel selbst in komplexen Systemen organisiert. Ein typisches Beispiel ist die Institution Krankenhaus. Institutionen sind Einrichtungen, die innerhalb formaler Grenzen existieren und eine von außen festgelegte Aufgabe oder einen bestimmte Zweck erfüllen. Innerhalb der Einrichtungen organisieren sich die Betreiber diese Einrichtung unter Einhaltung bestimmter

Rahmenbedingungen selbst. Damit sind Institutionen so etwas wie eine standardisierte Stelle, in der etwas passieren soll, was man vorher festgelegt hat. Die Frage, ob eine Institutionalisierung nötig ist, oder ob man nicht einfach alles der Selbstorganisation überlassen kann, stellt sich in Rechtsstaaten nicht. Es ist nicht die Frage, ob man oder ob man nicht institutionalisieren soll, man kann sich höchstens fragen, wie weit soll diese Institutionalisierung gehen.

Wesentlichster Grund für die Institutionalisierung ist die Qualitätssicherung. Zwar kann man sich nicht darauf verlassen, dass mit der Institutionalisierung auch automatisch die gewünschte Qualität garantiert werden kann. Trotzdem ist der Vertrauensvorschuss, der mit einer Institutionalisierung verbunden ist, nicht unbegründet – mit anderen Worten, kann man sich darauf verlassen, dass das, was draufsteht, auch drinnen ist. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit, kann man drei Qualitätsaspekte unterscheiden: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Wenn eine Aufgabe oder ein Zweck institutionalisiert werden soll, dann sollen die formalen Vorgaben für die Institution alle drei Aspekte, einen oder eine Auswahl der drei beeinflussen oder sogar bestimmen. Im Fall des Gesundheitssystems, gilt es entsprechend der Definition der Gesundheitsversorgung alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, seien sie gesundheitserhaltender, präventiver, diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegender oder palliativer Natur, sowie deren Zusammenspiel, zu institutionalisieren. Man institutionalisiert also nicht aus Selbstzweck, sondern darum, dass die Einrichtungen eines Gesundheitssystems funktionieren und zusammenarbeiten können. Eine Institutionalisierung ohne dieses Ziel kann zu Recht als stumpfsinnige, ja sogar schikanöse Bürokratie bezeichnet werden. Die Art und Weise, wie diese Institutionalisierung stattfindet, welche Institutionen geschaffen werden und welche Steuerungs- und Planungsgrundsätze angelegt werden, hat daher erheblichen Einfluss auf das Gesundheitssystem.

Im internationalen Umfeld haben sich verschiedene Modelle entwickelt, wie diese Institutionalisierung stattzufinden hat. Nicht verwunderlich, sind die Vorschriften in jenen Ländern, in denen der Markt eine wichtige Rolle spielt, am geringsten ausgeprägt. In einem absolut liberalisierten (von Regeln und Vorgaben befreiten) Markt muss es, vorausgesetzt er versagt nicht, auch gar keine gesetzlichen Vorgaben geben. Wie wir aber bereits gehört haben, gibt es gerade im Gesundheitswesen keinen absolut freien Markt. Daher wird es seitens der Öffentlichkeit auch immer Vorgaben geben. In liberalen Systemen beziehen sich die Vorgaben meist nur auf die berufsrechtlichen Aspekte, also den Ausbildungsanforderungen, die Dokumentation und die Ergebnisqualität. Weitergehende Struktur-, oder Prozessqualitätsvorschriften werden unterlassen, um die Selbstorganisation (Steuerung über Wettbewerb) so weit wie möglich zuzulassen. Ein typisches Beispiel dieses Vorgehens sind die USA. Zwischen dem 15. und 64. Lebensjahr ist der Gesundheitsmarkt weitgehend liberalisiert und sich selbst überlassen. Von Seiten der Öffentlichkeit wird festgelegt, welche Ausbildung die Dienstleister brauchen um ihren Beruf auszuüben, wie sie ihn ausüben, bleibt dem Markt überlassen. Die Ergebnisqualität wird, entsprechend dem offenen Rechtssystem – also ein Minimum an Gesetzen, ansonsten wird Recht anhand von Präzedenzfällen gesprochen – über Gerichte festgestellt. Hier liegt auch die Tücke des amerikanischen Gesundheitssystems. Da seitens des Gesetzgebers keine Vorschriften gemacht werden, bzw. gemacht werden können, wird die Ergebnisqualität ausschließlich durch Gerichtsurteile festgelegt.

Was bedeutet das? Wenn ein Patient eine Therapie erhält und mit dem Ergebnis nicht zufrieden ist, dann kann er vor Gericht gehen und durch dieses feststellen lassen, ob er Recht hat oder nicht. Die Folge sind Schadensersatzforderungen, die eine Haftpflichtversicherung übernehmen muss. Solche Schadensersatzforderungen machen das amerikanische System zum teuersten der Welt. Milliarden von Dollar werden jährlich über Haftpflichtversicherungen an Patienten ausbezahlt, die nach europäischem Verständnis nicht

gerechtfertigt sind und die Ärzte betreiben eine immer höher steigende Absicherungsmedizin, die in einer nicht nachvollziehbaren Übertherapie endet.

Das amerikanische System verliert zunehmend an Attraktivität für alle. Das führt mittlerweile so weit, dass einzelne Fächer Nachwuchsmangel haben, so will in den USA kaum jemand Geburtshilfe betreiben. Zwar verdienen in den USA die Gynäkologen am meisten, aber sie zahlen auch Unmengen an Haftpflichtversicherungsbeiträgen. Da werden rasch 5000 bis 7000 Dollar Prämien pro Monat nötig, um das Klagsrisiko abzufedern. Dass ein Gynäkologe, wenn er im Monat 7000 Dollar Versicherungsprämie zahlen muss, nicht um 3000 oder 4000 Dollar arbeitet, sondern mindestens 14 000 Dollar (also eine Hälfte für die Versicherung, eine Hälfte für ihn) verdienen will, ist verständlich. In Europa können „normale“ Gynäkologen von solchen Einkünften nur träumen.

Die Klagswut in Amerika ist noch lange nicht abgeebbt. Zu verlockend sind hohe Schadensersatzzahlungen, als dass man es nicht versuchen wollte. In Krankenhäusern laufen Rechtsanwälte herum, die noch am Krankenbett Patienten beraten, wie sie das Krankenhaus verklagen können. Diese Anwälte werden nicht wie in Österreich pro Stunde bezahlt, sondern erhalten ein Erfolgshonorar. Und so dreht sich eine Spirale, die das System immer teurer macht. Damit jedoch wird für den Patienten die Versorgung ebenfalls immer teurer und für immer größer werdende Bevölkerungsgruppen unerschwinglich. Das System wird unsozial. Die Gewinner des Systems sind Haftpflichtversicherungen, Anwälte und jene Patienten, die zu Recht oder Unrecht, enorme Schadensersatzforderungen durchbringen. Die Verlierer sind die „normalen“ Ärzte und im ganz Besonderen die Bevölkerung. Wenn man in Österreich fallweise hört, dass die USA 14 % oder mehr für die Versorgung ausgeben, dann sollten die, die so etwas als Vorbild ansehen, sich auch mit der extrem brutalen und unsozialen Ergebnisqualitätssicherung des amerikanischen Systems anfreunden.

In Europa ist man, wegen des weit verbreiteten geschlossenen Rechtssystems (Regelung über Gesetze und nicht über Urteile) einen anderen Weg gegangen, und legt in der Regel für alle Teilbereiche der Qualität Normen fest. Doch auch hier lassen sich große Unterschiede feststellen. Einige Länder legen so gut wie alles fest, andere lassen der Selbstorganisation mehr Spielraum.

Strukturqualität

Unter Strukturqualität versteht man etwas sperrig formuliert die Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Institutionalisierung im Bereich der Strukturqualität legt daher fest, wie etwas auszusehen hat. Die Festlegung erfolgt in sogenannten Strukturqualitätskriterien. Strukturqualitätskriterien definieren, wie eine leistungserbringende Institution ausgestattet sein muss, um eine Leistung erbringen zu dürfen. Nehmen wir als Beispiel ein österreichisches Krankenhaus. Per Gesetz wird definiert, welche Fächer mindestens vorhanden sein müssen, wie viele Betten mindestens aufgestellt sein müssen, wie viele Ärzte mindestens anwesend sein müssen etc. etc. In diesem Fall legen die Kriterien also einen Mindeststandard fest. Es kann aber auch Obergrenzen geben.

Beispielsweise darf es auf einer Kassenarztplanstelle nur einen Arzt geben. Oder es dürfen pro leistungserbringender Institution nicht mehr als soundsoviele Leistungen erbracht werden, man spricht dann von gedeckelten Systemen. Der Sinn der Definition von Strukturqualitätskriterien ist klarerweise die Annahme, dass bei vorhandener Ausstattung prinzipiell eine gewisse Qualität erzeugt werden könnte. Simpel ausgedrückt, wo es kein Röntgengerät gibt, kann auch kein Röntgen gemacht werden und umgekehrt, dort, wo es ein Röntgen gibt, ist die Anfertigung eines Röntgenbildes prinzipiell möglich. Dem theoretischen Vorteil von solchen Strukturqualitätskriterien steht jedoch ein großer Nachteil gegenüber. Ist einmal eine Struktur geschaffen, entwickelt diese ein Eigenleben. Sie beginnt, sich selbst erhalten zu wollen, ob sie gebraucht wird oder nicht.

Denken wir an die sogenannte Mindestabteilungsgröße. In Österreich ist diese, je nach Fach zwischen 25 und 35 Betten definiert. In anderen Ländern liegt sie bei 50 Betten, wiederum andere Länder nennen keine Bettenzahl, definieren aber die Personalausstattung oder die Mindestpatientenzahl. Die Größen haben sich aus verschiedenen Aspekten entwickelt, sei es, dass sie wissenschaftlich untersucht wurden und man festgestellt hat, dass es aus qualitativer und/oder ökonomischer Sicht Idealgrößen sind, oder dass bei vorgegebener Personalstruktur diese Zahlen nötig sind, um die Mitarbeiter auszulasten, oder aber auch, weil im politischen Diskurs diese Zahlen festgelegt wurden. Ausgang einer solchen Festlegung ist natürlich nicht das Bett, sondern die Zahl der Patienten, die eine Versorgung brauchen. Die Bettenzahl ist also ein Surrogatparameter, dem unterstellt wird, dass er etwas über die Qualität aussagen kann. Wenn es aber nun im Lauf der wissenschaftlichen Entwicklung dazu kommt, dass beispielsweise die Liegedauer des Patienten verkürzt wird (z. B. durch die sogenannte Knopflochmedizin, anstatt der offenen Operationen), dann werden theoretisch Betten leer stehen. Bei der Festlegung von Mindestgrößen sind aber an keine leer stehenden Betten gedacht worden. Leer stehende Betten müssten klarerweise von der Gesamtbettenzahl abgezogen werden. Damit würde die entsprechende Abteilung aber unter die Mindestbettenzahl fallen und es droht die Schließung. In einem idealen System würde es auch zu einer Schließung kommen. In der Realität jedoch wird diese dienstleistende Institution beginnen, ein Eigenleben zu entwickeln und um das eigene „Überleben“ kämpfen. Die Folge davon ist eine Erhöhung der Krankenhaushäufigkeit über das medizinisch sinnvolle Maß hinaus. Im schlimmsten Fall werden Ärzte ihren Wissensvorsprung ausnützen und sogar sinnlose Untersuchungen und Therapien durchführen, oder aber den Patienten länger in der Abteilung behalten, als unbedingt nötig. Zwar ist so ein Verhalten moralisch verwerflich, es ist jedoch bittere Realität, in allen Ländern, die einen erheblichen Focus auf die Festlegung von Strukturqualitätskriterien haben.

Ein weiterer Nachteil der Definition von solchen Kriterien ist ihre enorm komplexe Administration und Kontrolle. Jede der Institutionen muss regelmäßig kontrolliert werden, ob die Kriterien noch erfüllt werden. Um diesen administrativen Aufwand so gering wie möglich zu halten, werden die zugelassenen Institutionen möglichst einfach standardisiert und in ihrer Zahl gering gehalten. Im einfachsten Fall gibt es einzelne Arztpraxen und vollstationäre Krankenhäuser. Mit so wenig unterschiedlichen Institutionen ist jedoch eine abgestufte Versorgung nicht möglich. Es gibt massenhaft Krankheitsbilder, die von einem einzelnen Arzt nicht behandelt werden können, aber noch lange nicht einen Krankenhausaufenthalt rechtfertigen. Denken wir nur an eine einfache Infusionstherapie bei Patienten, die einen Hitzeschlag haben. Es würde vollkommen ausreichen, den Patienten für ein paar Stunden in einen ruhigen, klimatisierten Raum zu legen und eine einfache Salzlösung zu geben. Danach könnte der Patient wieder nach Hause gehen. Ein einzelner Arzt kann so etwas in der Ordination nicht machen, aber ein Krankenhaus ist dafür definitiv zu gut ausgerüstet und daher viel zu teuer. Um solchen Problemen zu entgehen, haben viele Länder mehrere Versorgungsstufen definiert. Es gibt einzelne Ärzte, Gruppenpraxen, selbstständige Tageskliniken, Gesundheitszentren etc. und ganz am Schluss steht erst das Krankenhaus. Mit jeder neuen Struktur ist jedoch ein erheblicher administrativer Aufwand verbunden. Gesamtwirtschaftlich ist eine solcherart abgestufte Versorgung aber sinnvoll – insbesondere in Ländern, in denen mangelhafte Strukturen die Erbringung qualitativ höherwertiger Ergebnisse vereiteln. So haben einige Länder Strukturqualitätskriterien als Ziel definiert und entlohnen Anbieter (in der Regel freie Unternehmer) extra, wenn sie ihre dienstleistenden Institutionen „aufrüsten“.

Grundsätzlich ist die Festlegung von Strukturqualitätskriterien nur sinnvoll, wenn sie eine Strategie verfolgt. Hat man keine geeignete Strategie, dann wird sich die Situation dermaßen umdrehen, dass die Strukturen die Strategie vorgeben. In Ländern, die stark eminentbasierte Gesundheitspolitik betreiben, wie beispielsweise Deutschland oder Österreich, und in denen

die Gesundheitsstrategien nicht von Public-Health-Instituten gemacht werden, sondern der Tagespolitik unterliegen, tritt so etwas ein. Einmal geschaffene Strukturen lassen sich dann nicht mehr abschaffen und jede Gesundheitsstrategie muss sich an die Gegebenheiten anpassen – ob es sinnvoll ist oder nicht.

Prozessqualität

Prozessqualität liegt dann vor, wenn Prozesse ablaufen, die nachvollziehbaren und überprüfbaren Regeln unterliegen. Ein Prozess selbst beschreibt eine Veränderung von einem Zustand in einen anderen, die durch äußere Einflüsse eintritt. Bei einem qualitativen Prozess werden diese äußeren Einflüsse also „geregelt“ oder systematisch eingesetzt, um jene Veränderung zu erzielen, die man erwartet. Werden solche Regeln nicht befolgt, dann ist das Ziel zufällig. Dies bedeutet, nur dann, wenn eine – gute oder schlechte – Prozessqualität besteht, kann man sich darauf verlassen, dass der Prozess immer wieder funktioniert und zu einem erwarteten Ergebnis führt. Bei bekanntem Ausgangspunkt und bekanntem zu erreichenden Endpunkt kann ein Prozessanfang und ein Prozessende festgelegt werden. Die Institutionalisierung von Prozessqualität legt also fest, welche Regeln bei der Erbringung eines „äußeren“ Einflusses eingehalten werden müssen.

Prozessqualität ist im Gegensatz zur Strukturqualität deutlich schwieriger zu definieren und noch viel schwieriger zu messen. Wesentlichste Schwierigkeit ist die Definition von Prozessen. Im Grunde kann man jede Handlung in eine Vielzahl von Teilhandlungen zerlegen. Der Prozess „Händeschütteln“ etwa kann nur funktionieren, wenn man sich nah genug steht, also könnte ein Teilprozess des Händeschüttelns das Aufeinander-Zugehen sein. Steht man sich gegenüber, muss man die Hände in die richtige Position bringen, ein weiterer Teilprozess. Hat man einander endlich berührt, muss man die Finger schließen – wieder ein Teilprozess. Dann muss man wieder auslassen – ein ausgesprochen schwieriger Teilprozess, muss man doch darauf achten, dass das möglichst gleichzeitig passiert, um nicht eine peinliche Situation auszulösen. Man sieht also, dass die einfache Handlung des Händeschüttelns bereits Schwierigkeiten in der Definition macht. Und um vieles schwieriger ist die Definition von medizinischen Behandlungen.

An diesem Punkt setzt auch die größte Kritik seitens der Gesundheitsdienstleister, seien es Ärzte, diplomierte Pflegekräfte, Therapeuten oder andere, an. Diese Berufsgruppen reklamieren, dass kein Patient wie der andere ist und daher am Anfang jedes Prozesses ein anderer Patient steht, den man nicht in irgendwelche Schemata pressen kann. Auch reagiert jeder Patient höchst individuell, sodass auch der Prozess selbst nicht standardisierbar ist. Daher kann man auch nicht verlangen, dass die „äußeren“ Einflüsse – im Fall der Gesundheitsversorgung also im Wesentlichen diagnostische und therapeutische Maßnahmen – Regeln unterworfen werden. Schlicht gesagt ist die Medizin ist eine Kunst, die sich frei entfaltet und wenn überhaupt, nur den eigenen Regeln folgt. Auch wenn man diesen Argumenten etwas abgewinnen kann, aus der Sicht des Patienten wünscht man sich schon, dass der behandelnde Arzt weiß, was er tut. Und nachdem man den Beruf ja auch erlernen kann, scheint es wenigsten auf den ersten Blick so zu sein, dass es schon eine Möglichkeit geben sollte, Prozesse zu definieren. In der Realität ist es, ganz im Gegensatz zu den Äußerungen der Berufsgruppen, nun tatsächlich so, dass die Medizin in ihren Prozessen hoch standardisiert ist. Ein Arzt heilt nicht, sondern behandelt. Es soll also der durch eine Diagnose festgestellte kranke Zustand eines Patienten durch eine Therapie so beeinflusst werden, dass er sich in einen gesunden Zustand verändert. Sowohl der kranke Zustand, als auch der gesunde Zustand ist festlegbar. Dazwischen liegt die Behandlung, die ganz klar von der Diagnose bestimmt wird und nicht von der Einzigartigkeit des Patienten. Ein Herzinfarkt ist ein Herzinfarkt – unabhängig ob Herr Müller ihn hat oder Frau Mayer.

Der Arzt wählt auf Basis seiner Diagnose und seines Wissenstandes aus verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aus. Die Komplexität der Medizin liegt nicht im ständigen

„Erfinden“ neuer und individueller Behandlungen, sondern in der individuellen Auswahl aus vorhandenen Möglichkeiten. Ein Anpassen einer Behandlung an den individuellen Bedarf eines Patienten führt nicht zu einer neuen Therapie, sondern höchstens zu einer geringfügigen Modifikation vorhandener Therapiemöglichkeiten. Man muss sogar noch weiter gehen, sollte die Modifikation einer Behandlung sich nicht in gewissen Grenzen bewegen, dann ist sogar davon auszugehen, dass die Behandlung nicht mehr wirkt und so der Patient Gefahr läuft, „nur“ Nachteile durch unerwünschte Nebenwirkungen zu haben. Es gibt unzählige Literatur über die Folgen von solchen „falschen“ Therapien. Um es einfach zu sagen: wenn die Therapie ein Medikament ist, dann muss man die richtige Dosierung wählen. Patienten, die ein Medikament in zu niedriger oder in zu hoher Dosierung erhalten, werden von dieser Therapie nicht gesünder, sondern möglicherweise sogar kränker. Die richtige Dosierung kann jedoch nicht vom Arzt bestimmt werden, sondern ausschließlich vom „Beipacktext“. Wer sich nicht an diese, in Studien untersuchte, richtige Dosierung hält, der muss sich bewusst sein, dass er wider besseres Wissen experimentiert. Die richtige Dosis ist keine Frage der „Kunst“, ja nicht einmal der Erfahrung, sondern eine Frage des Lesens des Beipacktextes oder der Studien, die vor der Zulassung eines Medikaments verpflichtend durchzuführen sind. Wäre es wirklich so, wie manchmal behauptet wird, dass kein Patient dem anderen gleicht und nur „ein“ Arzt den Patienten heilen kann, dann wäre keine einzige Therapie etabliert worden. Es wäre nicht möglich, die Wirkung einer Therapie im Rahmen von Studien zu testen, niemand könnte sich auf die Wirkung einer Therapie verlassen, jeder müsste der Heilkraft des Arztes blind vertrauen und auf den guten Ausgang der Behandlung hoffen. Zugespitzt formuliert, wäre also der Genesungsprozess eines Patienten immer nur ein Zufallsprodukt und die Behandlung durch den Arzt reine Zauberei.

Mit zunehmendem Wissen in der Medizin und der damit verbundenen steigenden Zahl an Behandlungsmöglichkeiten, wird die Ausübung von Gesundheitsberufen immer komplexer. Es entstehen neue Therapien oder es werden alte abgeschafft, einige werden modifiziert oder erhalten neue Eckdaten, andere werden durch neuere, „bessere“ Therapieformen abgelöst, viele Möglichkeiten werden jedoch auch parallel bestehen bleiben. Wie wir im Kapitel Spezialisten bereits dargestellt haben, zwingt dieser Wissenszuwachs zu immer längeren Ausbildungszeiten oder Zersplitterung in Spezialgebiete. Um möglichst viele Patienten am Fortschritt der Medizin teilhaben zu lassen, ist es also dringend nötig, Instrumente einzuführen, die dem einzelnen Dienstleister prozessorientierte Hilfe für Therapieentscheidungen geben. Und an diesem Punkt versucht die Institutionalisierung der Prozesse anzusetzen. Das klassische Instrument dafür sind die Leitlinien entweder in der Form von Behandlungsleitlinien, vielmehr jedoch in Form von Versorgungsleitlinien. Leitlinien sind im Grunde nichts anderes, als die Standardisierung einzelner Krankheitszustände (wenn man so will Schweregrade), die entlang eines idealisierten Krankheitsverlaufes festgestellt werden können und eine Therapieempfehlung, welche Therapie in welcher Situation in welcher Qualität – zumindest nach wissenschaftlichen Erkenntnissen – die beste wäre. Solche Leitlinien können für so gut wie jede Krankheit entwickelt werden. Die Entwicklung von Leitlinien kann zentral erfolgen und jedem einzelnen Dienstleister zur Verfügung gestellt werden. Aus Sicht eines Gesundheitssystems kann man damit erreichen, dass die bestmögliche Medizin möglichst rasch allen zur Verfügung steht. Theoretisch würde eine Institutionalisierung von Prozessen dazu führen, dass nicht Krankenhäuser oder Ärzte definiert werden, sondern nur der Prozess, wie eine Behandlung stattzufinden hat – wer das macht und in welchem Umfeld könnte dann ungesteuert bleiben. Es gibt kein Land der Welt, das so agiert, aber sehr wohl einzelne Bereiche, die so organisiert sind. Als Beispiel kann die sogenannte Diabetikerberatung herangezogen werden. In vielen Studien wurde herausgefunden, wie die beste Form der Beratung auszusehen hat. In manchen Ländern wurde diese Beratung einfach als Leistung

ausgeschrieben. Erbringen kann diese Leistung im Wesentlichen jeder – unabhängige Diabetesberater, die an sich keine Berufsgruppe darstellen, genau so wie Ärzte. In den meisten modernen Gesundheitssystemen wird heute zur Verbesserung der Prozessqualität so eine „Leitlinienmedizin“ eingesetzt. Die Erfolge dieser Prozesssteuerung sind nachweisbar und haben zu echten Qualitätssprüngen in der Versorgung geführt. Die Verbreitung moderner Medizin bis in die letzten Ecken eines Landes hat sich beschleunigt und war wegen der Standardisierung nicht mehr von dem individuellen Engagement einzelner Dienstleister abhängig. Die Daten, die bei solchem Vorgehen gewonnen werden können, zeigen zudem rasch auf, wo Defizite bestehen, unabhängig, ob ausreichend Strukturen vorhanden sind oder nicht. Der Prozess ist im Gegensatz zur Struktur ein lebendiges Qualitätskriterium. Strukturen erzielen keine Ergebnisse, sondern sind nur Voraussetzung. Ein Krankenhaus, das leer steht, wird keine Gesundheit produzieren. Ein Prozess der stattfindet, wird jedoch immer ein Ergebnis erzielen. Mittlerweile sind Unmengen an Prozessqualitätsmessinstrumente bekannt. Das fängt an bei der Messung, in welcher Zeit, vom Beginn der Beschwerden ab gemessen, ein Arzt aufgesucht wurde bzw. die adäquate Therapie erhalten wurde (Versorgungsqualität), bis hin, ob der Patient auch zur richtigen Zeit an der richtigen Stelle – von der Prävention bis hin zur Palliation – gelandet ist (Schnittstellenprobleme).

Wesentlich für die Einführung der Leitlinienmedizin ist eine offene und transparente Dokumentationskultur (die Dokumentation des Leistungsgeschehens ist ein wichtiges Prozessqualitäts-Kriterium). An dieser offenen Kultur scheiterten auch die meisten Versuche in den Ländern, die die Einführung solcher Instrumente vergeblich versucht haben. In Ländern, in denen es solch eine offene und transparente Dokumentationskultur nicht gibt, bzw. für alles gleich Schuldige gefunden werden müssen, denen es an den Kragen gehen muss, in diesen Ländern ist an die Einführung von Prozessqualität nicht zu denken.

Die Institutionalisierung der Prozessqualität führt klarerweise zu Institutionen. Diese sind entweder privatwirtschaftlich organisiert oder durch die öffentliche Hand. Die Aufgabe dieser Institute ist die Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der Prozessqualitätsvorgaben. Es hängt maßgeblich von der Politik ab, welchen Stellenwert diese Institutionen haben, ob sie eine aktive Rolle im Gesundheitssystem spielen oder eine passive, oder ob sie nur als Statisten dienen. Ein typisches Beispiel, wo solche Institutionen nur Statisten sind, sind jene Länder, die keine gesetzlichen Vorgaben haben, aber einige der Einrichtungen, eher zu Marketingzwecken als zur Sicherung der Prozessqualität ISO-Zertifizierung vornehmen. In Ländern, die stark auf evidenzbasierter Gesundheitspolitik bauen, sind solche Zertifizierungen nicht freiwillig, sondern verpflichtend. In diesen Ländern wird die Einhaltung der Kriterien „von Amtswegen“ gefordert und kontrolliert.

Der Vorteil der Institutionalisierung der Prozessqualität gegenüber von Strukturqualitätskriterien ist die Reduktion der Akteure. Bei der Einführung von Institutionen, die Prozesse verbindlich definieren dürfen, ist jedoch zu bedenken, dass diese Institutionen natürlich eine erhebliche Macht entwickeln. Insofern ist es verständlich, dass die Institutionen, die das Recht haben, Prozessqualität zu definieren, streng kontrolliert werden müssen, um nicht der Versuchung zu erliegen, diese Macht zu missbrauchen. Der Weg dazu ist eine hoch transparente Entscheidungsfindung.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität zeigt an, inwieweit der reale Zustand dem erwünschten entspricht. Wenn ich also von A nach B fahren will, dann entspricht die Strukturqualität meinem Fahrzeug, die Prozessqualität meinem Fahrstil, und das Ankommen bei B meiner Ergebnisqualität. Je nachdem, ob oder wie nahe ich bei B ankomme, entspricht der erwünschte Zustand auch dem Realen, desto besser oder schlechter ist mein Ergebnis. Wie sehr diese drei Qualitäten zusammengehören, ist ebenfalls leicht darzustellen. Stellen wir uns vor, dass A von B 100 km

entfernt ist; mein Auto verbraucht je nach Fahrstil zwischen 5 und 7 Liter Benzin für diese Strecke. Getankt habe ich 6 Liter. Ich kann also ankommen, vorausgesetzt, ich passe meinen Fahrstil so an, dass ich nicht mehr als 6 Liter verbrauche. Im Idealfall, fahre ich so schnell, dass ich genau 6 Liter verbrauche – dann kann ich davon ausgehen, dass ich in der größtmöglichen Geschwindigkeit ankomme. Allerdings bleiben keine Reserven, und wenn auf dem Weg ein Hindernis auftritt, sodass mein Spritverbrauch unerwartet steigt (z. B. Gegenwind), dann werde ich wohl nicht ankommen, sondern nur näher kommen. Also vielleicht wäre es klug, ein bisschen langsamer zu fahren und dafür ein paar Reserven zu haben. Was keinesfalls passieren sollte, ist, dass ich Vollgas fahre und 20 km vor dem Ziel stehen bleibe. Auf die Gesundheitsversorgung übertragen, beutet das die Frage, ob die Behandlung oder die Gesundheitsdienstleistung die ich angewandt habe, um den Heilungsprozess des Patienten zu beeinflussen, auch das erwünschte Ergebnis erzielt hat – ob der Patient gesund, oder wenigstens gesünder wurde und sein Heilungsprozess so kurz wie möglich war.

Die Institutionalisierung der Ergebnisqualität hat sich als sehr schwierig erwiesen. Der Grund, warum es so schwierig ist, hängt damit zusammen, dass der Patient einen wesentlichen Anteil am Ergebnis trägt. Ist die Struktur sehr einfach festzulegen und sogar noch der Prozess mit entsprechendem Aufwand zu standardisieren, ist die „Mitarbeit“ des Patienten oder die Beeinflussung des Heilungsprozesses durch den Patienten selbst kaum mehr zu standardisieren. Stellen wir uns vor, einem Übergewichtigen Patienten mit Bluthochdruck wird Gewichtsreduktion und Bewegung verordnet. Es ist bewiesen, dass diese Therapie wirken kann. Wenn sich der Patient aber nicht oder unzureichend an die Therapie hält, dann wird das erwünschte Ergebnis nicht erzielt werden. Wäre nun die Ergebnisqualität standardisiert, dann würde in diesem Fall ein „schlechtes“ Ergebnis vorliegen. Wer ist dann aber verantwortlich für dieses Ergebnis? Der Arzt, die Therapie, das System, der Patient? Und wie soll man darauf reagieren? Den Arzt feuern? Die Therapie abschaffen? Das System ändern? Den Patienten aus dem System ausschließen? Eine sinnvolle Steuerung auf dem individuellen Ergebnis scheint nicht möglich.

Auch wenn die Institutionalisierung der Ergebnisqualität im Einzelfall nicht sinnvoll ist, haben sich doch Ergebnisqualitätsstandards entwickelt, die nicht mehr am Einzelnen festgemacht werden, sondern über Public-Health-Ansätze die Volksgesundheit beleuchten. In solchen Ansätzen wird also nicht mehr das individuelle Ergebnis einer Behandlung betrachtet, sondern über Statistiken und Messzahlen die „Gesamtsituation“ bewertet. Die älteste Messzahl für ein Gesundheitssystem ist die Lebenserwartung. Dabei wird angenommen, dass die Lebenserwartung steigt, je besser ein Gesundheitssystem funktioniert. Die Lebenserwartung ist also ein Surrogatparameter. Wie bereits erwähnt, müssen Surrogatparameter keinen kausalen (also ursächlichen), Zusammenhang mit dem haben, was man messen will, sondern nur einen statistischen. So kann man beispielsweise feststellen, dass je mehr Menschen in einer Stadt leben, es umso mehr Autos wird geben. Will man nun wissen, wie viele Autos es in zwanzig Jahren in einer Stadt geben wird, kann man Bevölkerungsstatistiken heranziehen und so anhand des Surrogatparameters Einwohner auf die Zahl der Autos schätzen. Es klingt zwar plausibel, dass die Zahl der Autos mit der Einwohnerzahl zusammenhängt, aber die Zahl der Einwohner ist nicht ursächlich verantwortlich für die Zahl der Autos. Grosso modo wird dieser vermutete Zusammenhang zwar schon stimmen. Und genau so ist es auch mit der Gesundheitsversorgung und der Lebenserwartung.

Allerdings ist die Messzahl Lebenserwartung viel zu ungenau, um darauf Ergebnisqualität zu institutionalisieren. Dafür sind genauere Zahlen nötig. Um solche Zahlen zu finden oder aufzustellen, wurde die sogenannte medizinische Statistik ins Leben gerufen. Im Grunde unterscheidet sich die medizinische Statistik nicht von der „normalen“. Allerdings sind die Modelle, die erstellt werden müssen, um statistisch richtige Aussagen zu treffen, in der

Medizin meist sehr viel komplizierter als in der normalen Statistik. Wie wir oben bereits gesehen haben, sind die Einflüsse auf ein Ergebnis sehr vielfältig und so sind auch die Statistiken so aufzustellen, dass es nicht zum berühmten Vergleich von „Äpfel“ mit „Birnen“ kommt.

Mit Hilfe der medizinischen Statistik, deren wesentlichstes Instrument die Epidemiologie ist, werden Daten und Fakten zusammengetragen, die es ermöglichen, Ursachen und Wirkungen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in der Bevölkerung oder einem Teil der Bevölkerung (z. B. einer Untersuchungspopulation oder den Einwohnern einer bestimmten Region oder nur die Männer etc.) in Zusammenhang zu bringen. Ausgehend von diesen statistisch nachgewiesenen Zusammenhängen kann man dann Messzahlen ableiten oder aber auch Gesundheitsziele formulieren. Beispiele für solche Ziele findet man in fast jedem Land der Welt – unabhängig, ob sie wirklich ernst genommen werden oder nicht. So wurde beispielsweise im Jahre 1989 im kleinen Ort St. Vinzent in Italien von so gut wie jedem UNO-Mitgliedstaat eine WHO-Deklaration unterschrieben, in der solche Gesundheitsziele festgelegt wurden. Da hat sich jeder Staat verpflichtet, die Zahl neuer diabetesbedingter Erblindungen um ein Drittel oder mehr zu vermindern, neu auftretendes terminales Nierenversagen wegen Diabetes sollte ebenfalls um mindestens ein Drittel reduziert werden, die Zahl von Amputationen aufgrund diabetesbedingter Gangrän sollte halbiert werden, etc. Diese Ziele wurden anhand von medizinischen Statistiken erarbeitet und beziehen sich eindeutig auf Ergebnisse. Leider sind insbesondere jene Länder, die eine stark eminentbasierte Gesundheitsversorgung mit tiefem Einfluss der Politik in das Gesundheitswesen haben, fast zwanzig Jahre nach der Deklaration noch immer nicht fähig, diese Ergebnisse zu erzielen. Der Grund liegt darin, dass sie in ihren Gesundheitssystemen kaum Vorkehrungen haben, Ergebnisqualität zu institutionalisieren, ja oft fehlen sogar die Instrumente, die Ergebnisqualität des eigenen Systems beobachten zu können. Neben solchen „großen“ Versorgungszielen können mit Hilfe der medizinischen Statistik jedoch noch ganz andere Messzahlen, die einen Rückschluss auf die Ergebnisqualität zulassen, erarbeitet werden. Es sind dies Messzahlen wie Komplikationsraten bei verschiedenen Operationen, Sterblichkeitsraten für bestimmte Erkrankungen, Versorgungsquoten mit bestimmten Medikamenten und noch vieles andere mehr. Um solche Messzahlen zu erhalten, gibt es jedoch unabdingbare Voraussetzungen.

Die erste ist, dass es nur eine zentrale und unabhängige Stelle geben darf, in der diese Zahlen aufgestellt, gewartet und veröffentlicht werden. Im internationalen Umfeld sind diese Stellen eigentlich immer an den öffentlichen Public-Health-Instituten angeschlossen. Es erfordert viel Wissen und Erfahrung, um solche Ergebnisse richtig zu interpretieren und die richtigen Maßnahmen abzuleiten. Außerdem ist es sehr heikel, entscheidet doch so eine Institution über gut und schlecht in der Versorgung. Andererseits wird in Ländern, die kein etabliertes Public-Health-Institut haben, diese Entscheidung nur allzu oft von populistischen Politikern gefällt, die nicht in der Sache, sondern nur im Hinblick auf die nächsten Wahlen entscheiden. Nur so ist es zu erklären, dass es massenweise Länder gibt, die das „weltbeste“ Gesundheitssystem haben wollen.

Die zweite und vermutlich ebenso wichtige Voraussetzung ist eine transparente und nach einheitlichen Regeln funktionierende Dokumentation des Geschehens im Gesundheitssystem (also dass eine in dieser Hinsicht gute Prozessqualität besteht). Nur wenn die Datengrundlage, auf der diese Analysen und Interpretationen erfolgen sollen, gut ist, kann man gute Ergebnisse erwarten. Es gibt ein berühmtes Prinzip in der Informatik – Garbage-in-Garbage out. Frei Übersetzt heißt das etwa „wo Blödsinn drin ist, kommt auch nur Blödsinn raus“. Dort, wo nicht extrem rigide Bestimmungen existieren – idealerweise unter Androhung Existenz bedrohender Strafen – ist an eine solche Datenbasis gar nicht zu denken. Jeder wird versuchen, seine Daten entweder gar nicht oder beschönigend darzustellen, an einer

realistische Darstellung, die noch dazu dienen soll, die Ergebnisse der Behandlung transparent darzustellen, ist kein Gesundheitsdienstleister der Welt interessiert.

Und weil es eben sehr schwierig ist, Ergebnisqualität zu institutionalisieren – ohne den doch sehr unsozialen und teuren Weg der USA einzuschlagen – ist man in den meisten Ländern mit modernen Gesundheitssystemen dazu übergegangen, nicht die Ergebnisse selbst zu institutionalisieren, sondern nur die Beobachtung der Ergebnisqualität. Auf den ersten Blick ist zwischen der Institutionalisierung der Beobachtung der Ergebnisqualität oder der Institutionalisierung der Ergebnisqualität selbst kein großer Unterschied zu erkennen. In der Realität jedoch hat diese Unterscheidung massive Auswirkungen. Wenn man nur beobachtet, dann kontrolliert man nicht und wenn man nicht kontrolliert, dann ist der „Druck“ auf die Dienstleister erheblich geringer. Andererseits darf es nicht dazu führen, dass man „nur“ beobachtet und sonst nichts geschieht. Ein solches Vorgehen wäre im Grunde eine unnötige und schikanöse Bürokratie. Man muss also das Beobachten so aufsetzen, dass möglichst viel an Information bereitgestellt wird, gleichzeitig aber die Anonymität des Einzelnen gewahrt bleiben kann. Und so etwas erreicht man, indem eben nicht mehr einzelne Dienstleister beobachtet werden, sondern nur mehr Gesamtveränderungen in definierten Regionen oder bei bestimmten Bevölkerungsgruppen etc. Die Ergebnisqualität wird also anonymisiert. Die durch die medizinische Statistik erarbeiteten Messzahlen werden, ohne auf den einzelnen Dienstleister oder Patienten Rückschlüsse ziehen zu können auf größere Einwohnergruppen angelegt. Es wird nicht geschaut, ob ein Patient von einer Therapie profitiert, sondern ob eine ausgewählte Gruppe von Einwohnern von den angebotenen und angenommenen Dienstleistungen profitiert oder nicht. Das ist der klassische „Public-Health-Ansatz“.

Um es etwas praktischer darzustellen, wollen wir uns ein Beispiel ansehen. Die Appendizitis, die sogenannte Blinddarmentzündung, ist eine akute Erkrankung, die ein zügiges Handeln erfordert. Üblicherweise ist die Behandlung einer diagnostizierten Blinddarmentzündung die Appendektomie, also die sogenannte Blinddarmentfernung. Es gilt als durch die medizinische Statistik gesichert, dass pro 100 000 Einwohner etwa 85 Blinddarmentzündungen auftreten. Da man im Fall eines Verdachts auf Blinddarmentzündung bereits operieren sollte, ist es internationaler Standard, dass maximal 20 % der entfernten Blinddärme gar keine Entzündung gehabt haben. Die Diagnosemöglichkeiten sind heute soweit ausgereift, dass dieser Wert auf 10 % gesenkt werden kann. Auf Basis dieser Zahlen sind daher bei der Versorgung der Bevölkerung mit „Blinddarmentfernungen“ folgende Ergebnisse zu erwarten: nicht mehr als 95 bis 100 Blinddarmoperationen pro 100 000 Einwohner, maximal 20 %, mindestens jedoch 10 % der entfernten Blinddärme müssen bei der postoperativen Untersuchung durch den Pathologen entzündungsfrei sein. Anhand dieser Ergebnisqualitätszahlen können nun die einzelnen Dienstleister ihre eigene Arbeit kontrollieren. Sollten sie diese Zahlen nicht erreichen, dann läuft irgendetwas schief. Wenn sie innerhalb der angegebenen Referenzwerte (95 bis 100 Operationen pro 100 000 Einwohner, 10 % bis 20 % der entfernten Blinddärme müssen entzündungsfrei sein) liegen, wissen sie, dass die Ergebnisqualität ihrer Behandlung stimmt.

International haben sich solche Ergebnisqualitätsmessungen durchgesetzt. Sie sind wesentlich sozialer als das US-amerikanische System, aber auch wesentlich leichter zu „umgehen“, insbesondere dann, wenn die Dokumentation des Leistungsgeschehens nicht standardisiert ist und strengsten Kontrollen unterworfen wird.

Zusammenfassende Bemerkung

Die drei Teilqualitäten Struktur-Prozess-Ergebnisqualität hängen stark zusammen und auch voneinander ab. Um ein gewünschtes Ergebnis zu erzielen, braucht man geeignete Strukturen genauso, wie geeignete Prozesse. Eine ausschließliche Konzentration auf nur einen Teilaspekt wird nie ausreichen. Die Idee der Institutionalisierung jedes Teilbereiches ist es, die

Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass das rauskommt, was man erwartet. Es ist eine Frage der Politik, die hinter dem Gesundheitssystem steht und die maßgeblichen strategischen Entscheidungen trifft, welche Wichtigkeit die einzelnen Teilaspekte haben. Grundsätzlich kann man sagen, dass die notwendige Institutionalisierung der Struktur- und Prozessqualität geringer wird, je wichtiger die Ergebnisqualität genommen wird und natürlich auch im Umkehrschluss, je unwichtiger die Ergebnisqualität ist, desto größerer Bedarf besteht in der Institutionalisierung der Struktur- und Prozessqualität.

Wenn man eine Hierarchie aufstellen will, dann ist die Institutionalisierung der Strukturen das einfachste aber auch stumpfste Instrument der Qualitätssicherung. Die Institutionalisierung der Prozesse ist da schon deutlich wirksamer, hat aber bereits den Nachteil, dass man sich der komplizierten Arbeit der Entwicklung, Umsetzung und Kontrolle von Leitlinien unterziehen und alle Berufsgruppen dazu bringen muss, an einem Strang zu ziehen. Die schwierigste Steuerung ist die Institutionalisierung der Ergebnisqualität.

Je nachdem, wie die einzelnen Institutionisierungen vorgenommen werden, werden auch „Akteure“ im Gesundheitssystem geschaffen. Die meisten Akteure werden durch die Institutionisierungen von Strukturen geschaffen. Jede Struktur wird ein „Eigenleben“ entwickeln und so aktiv in das Gesundheitssystem eingreifen wollen. Bei der Institutionalisierung der Prozesse wird die Zahl der potentiellen Akteure deutlich reduziert, da für die Erbringung von Prozessen keine unmittelbaren Strukturen geschaffen werden müssen und bestehende Strukturen und Berufsgruppen durch den definierten Prozess „zusammengelegt“ werden können. Werden Ergebnisqualitäten institutionalisiert, dann besteht theoretisch die beste Möglichkeit, die Zahl der dienstleistenden Institutionen als Akteure gering zu halten. Allerdings nur dann, wenn die Dokumentationsnotwendigkeiten rigide kontrolliert werden. Wenn das nicht gelingt und die Ergebnisqualität über Gerichtsurteile bzw. Erkenntnisse festgestellt wird (wie in den USA, aber auch zunehmend in Österreich), dann erzeugt man mit Abstand die meisten Akteure, weil so jeder einzelne Patient theoretisch eine Institution wird.

In den meisten modernen Gesundheitssystemen werden mittlerweile in erheblichem Ausmaß Prozessqualitäten institutionalisiert (Leitlinienmedizin), und die Strukturqualitätskriterien durch Public-Health- Ergebnisqualitätsmessungen verdrängt.

Die Situation in Österreich

Man kann mit Fug und Recht behaupten, dass Österreich das Land ist, das sich NUR um die Strukturen kümmert. Österreich ist vermutlich das strukturkonservativste Land der Welt. Obwohl bereits im Jahr 1969 durch die WHO kritisiert wurde, dass es keine systematische Qualitätsbeobachtung gibt, kam es erst im Gesundheitsreformgesetz 2005 zu ersten Ansätzen, die Qualität im österreichischen Gesundheitswesen strukturierter zu untersuchen. Die mit viel Medienlärm eingeführte ÖQMed, eine GesmbH der Ärztekammer, die sich fast ausschließlich und intransparent mit Strukturqualitätskriterien beschäftigt, begann ihre Arbeit im Jahr 2004. Eine substantielle Auseinandersetzung mit dem Thema Institutionalisierung von Qualität fehlt für die Bereiche Prozess- und Ergebnisqualität gänzlich. Selbst die personelle Besetzung des gegründeten Bundes-Instituts für Qualität (BIQ) im Gesundheitswesen hat fast zwei Jahre gedauert und konnte bis zur Drucklegung dieses Buches keine nachhaltige Wirkung auslösen. Das BIQ ist also bei weitem noch keine tatsächliche Institution. Solange die Weigerung besteht, eine qualitativ hochstehende und allgemeingültige Dokumentation einzuführen, ist die Aufstellung von Qualitätsstandards ohnehin nicht sinnvoll. Niemand könnte die Einhaltung oder Nicht-Einhaltung kontrollieren. Im Übrigen wird eine einheitliche Dokumentation seit nunmehr 15 Jahren gefordert und hat es sogar mehrfach bereits geschafft, Gesetz zu werden – allein die Umsetzung, wiewohl eigentlich ein Gesetzesbruch, klappt nicht.

Und so ist es verständlich, dass es keine institutionalisierte Prozessqualität, geschweige denn Ergebnisqualität gibt. Ja nicht einmal die Beobachtung einfachster Messzahlen ist in Österreich möglich. Wenn man sich vorstellt, dass verglichen mit einem internationalen Wert in Österreich im letzten Jahr 20 Mal mehr Kinder an den Komplikationen einer Mandeloperation starben, und sich darüber auch niemand beschwert, dann kann man ein Gefühl davon erhalten, wie wenig gut es um die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen beschaffen ist. Solche oder andere Ergebnisqualitätsbeobachtungen finden nicht statt, einerseits, weil es eben keine Stelle gibt, die solch eine Beobachtung durchführen soll, geschweige denn regelmäßig veröffentlicht, andererseits, weil die Intransparenz im Österreichischen Gesundheitssystem jedem Akteur dient, zu behaupten, er leiste ohnehin Medizin auf „aller-aller-höchstem“ Niveau. Wer das hinterfragen will, der verunsichere nur die Patienten.

Die ausschließliche Konzentration auf Strukturqualitätskriterien hat in Kombination mit den ausgesprochen komplizierten Kompetenzverteilungen zwischen SV, Ärztekammern, Ländern und Bund dazu geführt, dass die Zahl der unterschiedlichen Institutionen so gering wie möglich gehalten wurde. Im Grunde besteht im stationären Bereich die Versorgung aus Krankenhäusern und Rehabilitationszentren, und Pflegeheimen. Im ambulanten Versorgungsbereich findet man alleinstehende niedergelassene Ärzte und die Trägerorganisationen mobiler Dienste. Ambulante Rehabilitation ist weitgehend unbekannt und nur ansatzweise vorhanden.

Auch wenn die WHO bereits 1969 reklamiert hat, dass die fehlende Differenzierung der Leistungsanbieter für ein Gesundheitssystem unzutraglich ist, hat sich eigentlich nichts getan. Gruppenpraxen, selbstständige Tageskliniken, Gesundheitszentren, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, etc., also Einrichtungen, die eine abgestufte Versorgung ermöglichen könnten, fehlen gänzlich oder sind nur zaghaft vorhanden. Die festgelegten Institutionen hingegen haben eine unglaubliche Beharrungskraft entwickelt. Kein Krankenhaus, ja nicht einmal einzelne Abteilungen können, wenn sie nicht gebraucht werden, geschlossen werden. Es gibt Abteilungen, die gerade einmal die Mindestgröße erreichen und trotzdem nur zur Hälfte ausgelastet sind. Das Schließen oder Umwandeln solcher Abteilungen wird mit allen politischen Mitteln und so gut wie immer erfolgreich verhindert. Die Folge davon ist klarerweise, dass wir eine unglaublich hohe Dichte an Krankenhäusern und Betten haben. Nicht verwunderlich ist auch, dass wir mit den Krankenhausaufnahmen weit über jedem erdenklichen Wert, den man international als „normal“ oder als „Ziel“ definieren würde, zu liegen kommen. Im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft ist eine sogenannte „Planstelle“ fast so etwas wie eine Pragmatisierung. Diese Planstellen werden zwischen den Sozialversicherungen und den Ärztekammern verhandelt. Allerdings pro Planstelle nur einmal! Wenn einmal eine solche Stelle errichtet ist, dann hat das den Charakter der Ewigkeit. Ein Anpassen an die Realität ist nicht möglich. Es kann sich nur etwas verändern, wenn die SV und ÄK gemeinsam etwas verändern wollen. Und wer die „harmonische“ Situation zwischen diesen beiden Akteuren kennt, der weiß, wie selten das stattfindet.

Geldgeber

Wäre das Gesundheitswesen rein privat und individuell finanziert, würde die Rolle der Geldgeber mit der Rolle des Patienten zusammenfallen. In der Realität jedoch wird die Finanzierung durch Gruppen übernommen. Hier gibt es zwei Ansätze: die Finanzierung durch marktwirtschaftlich organisierte Versicherungen und die Finanzierung durch öffentliche Solidargemeinschaften (steuerfinanziert und/oder Umlagefinanziert über Sozialversicherungen). Beiden gemein ist, dass sie das finanzielle Risiko des Individuums durch Kollektivierung reduzieren wollen. Und beiden gemein ist das Prinzip: „Wer zahlt, schafft an“.

Kapitalgedeckte Systeme

Die Finanzierung durch marktwirtschaftlich organisierte Versicherungen folgt den Erkenntnissen der Versicherungsmathematik. Sie sind kapitalgedeckt, was so viel heißt, dass sie nur das Geld ausgeben, das eingezahlt wurde und nicht das Geld, das eingezahlt wird. Eingezahlt werden Versicherungsbeiträge, deren Höhe sich auf dem Markt ergibt. Der „Preis“ wird also über Angebot und Nachfrage festgelegt, eine Erhöhung oder Senkung der Preise kann nicht „einfach so“ erfolgen. Zwar kommt es zu einem Risikoausgleich zwischen den einzelnen Versicherungsnehmern, sofern sie in derselben Versicherung und der gleichen Risikogruppe organisiert sind, aber die ausbezahlten Gelder werden nur innerhalb dieser Versicherten ver- bzw. umverteilt. Das Geld, das zur Auszahlung gelangt, ist angespartes Geld der Versicherten, die Versicherung übernimmt quasi die Rolle der Geldverwaltung für diese.

Da diese marktwirtschaftlich organisierten Versicherungen der Logik der Versicherungsmathematik unterliegen, wird die Beitragshöhe, die jeder Versicherte bezahlen muss, abhängig sein vom Risiko zu erkranken. Je höher dieses Risiko ist, desto höher werden die Beiträge ausfallen, je niedriger das Risiko ist, desto niedriger die Beiträge. Das Individuum kann daher – wenigstens bis zu einem bestimmten Grad – die Höhe der Beiträge selbst bestimmen. Eine gesunde Lebensweise führt zu niedrigem Krankheitsrisiko und daher zu niedrigeren Beiträgen, eine ungesunde zu höheren. In solchen Modellen zahlen daher beispielsweise Raucher, Fettleibige oder Motorradfahrer einen höheren Beitrag als Nicht-Raucher, Schlanke oder Nicht-Motorradfahrer. Volkswirtschaftlich bedeutet ein kapitalgedecktes Modell, dass die so eingesetzten Gelder durch marktwirtschaftliche Mechanismen (Angebot und Nachfrage) aufgebracht werden, die Gelder daher „wirklich“ verdient werden müssen. Es gibt also auf der Einnahmenseite keine Möglichkeit, Einnahmen einfach zu erhöhen. Es gibt aber auch keinen Generationenvertrag und daher auch keine „demographischen Probleme“. Dadurch, dass diese Gelder „echte“ Gelder sind, trägt der Gesundheitsmarkt dazu bei, dass die Wirtschaft wächst. Anders ausgedrückt, jedes Individuum muss selbst darauf achten, genug Geld zu verdienen, um seine eigene Gesundheitsversorgung finanzieren zu können. Es kann sich nicht darauf verlassen, dass jemand anderer – z. B. die nächste Generation – für die eigene Versorgung aufkommt. Es besteht also kein „soziales Netz“, in das man hineinfallen kann, oder dessen „Hängemattenfunktion“ zur Ruhe einlädt. Wenn man Gesundheitsversorgung haben will, dann muss man sie verdienen. Die Folge dieses Systems ist klar die, dass jeder danach trachten muss, genug Geld zu verdienen, um sich eine Versorgung leisten zu können. Es besteht daher ein echter Leistungsanreiz. Reine Privatversicherungssysteme gibt es nirgends. Die Schweiz stellt das Land dar, das mit Abstand das „marktwirtschaftlichste“ Gesundheitssystem hat. Doch selbst hier werden durch den Gesetzgeber, also der Solidargemeinschaft, den Versicherungen Vorschriften gemacht, die es auch Niedrigverdienern ermöglicht, sich eine Versicherung leisten zu können (Sozialtarife), und dort, wo selbst diese Sozialtarife für den einzelnen zu hoch sind, springt die Solidargemeinschaft ein und übernimmt die Kosten. Zudem werden Höchstgrenzen festgelegt und chronisch Kranke finanziell unterstützt. Zusammengerechnet beträgt so der rein marktwirtschaftlich gesteuerte Anteil am Gesamtsystem 40 %. Länder, in denen das Gesundheitssystem durch marktwirtschaftlich organisierte Versicherungen wesentlich cofinanziert wird, geben – gemessen in Prozenten am BIP – mehr aus, als jene Länder, deren Gesundheitssystem solidarisch finanziert wird. Man muss jedoch festhalten, dass dieses Geld „schuldenfreies“ Geld ist und in der Wirtschaft zirkuliert. Mit dem Geld, das eine Versicherung zu verwalten hat, müssen nicht nur Leistungen finanziert werden, sondern auch Investitionen, Rücklagen für Neuinvestitionen, Pensionsrückstellungen, es müssen Rückversicherungen (was im Fall von Krankenversicherungen besondere Bedeutung hat – da eine Krankenversicherung, so sie in Konkurs geht, nicht einfach alle Patienten im Ungewissen

stehen lassen darf) und Haftpflichtversicherungen (die in den USA wegen der enormen Schadensersatzklagen bereits einen wesentlichen Anteil der Gesundheitsausgaben bestimmen) bezahlt, und nicht zuletzt das wirtschaftliche Risiko abgedeckt werden. All diese Kosten übernimmt in solidarisch finanzierten Systemen die Öffentliche Hand. Der einfache Vergleich des Prozentsatzes am BIP ist daher auch nicht möglich.

Die Rolle des Akteurs übernehmen in kapitalgedeckten Gesundheitssystemen die Versicherungen. Je nach Ausformung ist hier eine Vielzahl von verschiedenen Modellen zu finden. Das kann anfangen bei großen Versicherungen, die nicht nur die Finanzierung von Dienstleistungen übernehmen, sondern auch den Betrieb der Leistungsanbieter organisieren. Eine typische Versicherung dieser Art ist die US-amerikanische „Kaiser-Permanente“. Mit insgesamt etwa neun Millionen Versicherten, 150 000 Angestellten und 13 000 Ärzten, ist sie zudem die größte der Welt. Auf der anderen Seite stehen „kleinere“ Versicherungen, die für ihre Versicherten Verträge mit Leistungserbringern abschließen, also selbst keine Spitäler oder Ordinationen oder ähnliches betreiben. Allen gemein ist, dass sie den Leistungserbringern klare Regeln vorgeben, wie die Leistungen zu organisieren sind. Dabei reduzieren diese Organisationen über die entsprechenden Geschäftsmodelle die Zahl der Akteure, oder immerhin deren Einfluss auf das Gesundheitssystem. Das macht sie flexibel und ermöglicht eine „schnelle“ Reaktionszeit, wenn Änderungen in der Gesundheitsversorgung nötig sind.

Umlagefinanzierte Systeme

Dem marktwirtschaftlichen Versicherungssystem stehen die solidarischen Finanzierungsmodelle gegenüber. Im Wesentlichen gibt es hier drei Modelle: die Finanzierung durch Steuern und die Finanzierung durch Sozialversicherungen und die sehr seltenen Mischsysteme, zu denen leider auch Österreich gehört. Die beiden ersten Modelle praktizieren die Finanzierung aus einer Hand, Mischsysteme finanzieren das Gesundheitssystem gemeinsam und werden daher gerne auch als „dual finanziert“ bezeichnet. Gemeinsam ist allen drei Systemen, dass sie über ein Umlagesystem finanziert werden, also nicht kapitalgedeckt sind.

Das Prinzip der Umlagefinanzierung ist vom Ansatz her leicht verständlich. Per Gesetz wird die Steuer- oder Beitragsbelastung in Form von Prozentsätzen festgelegt. Bemessungsgrundlage für diese Prozentsätze ist in Sozialversicherungssystemen meist das individuelle Einkommen, in steuerfinanzierten Systemen ein Anteil am Steueraufkommen (z. B.: an der Einkommenssteuer, der Tabaksteuer oder ähnliches). Die Einnahmen, die in weiterer Folge die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung darstellen, sind also nicht auf dem Markt entstanden, sondern durch „verpflichtende“ Gesetze. Es ist keine freie Kaufentscheidung des Individuums, sondern eine Solidaritätsleistung an der Gesellschaft, in der man freiwillig leben will (Solidargemeinschaft). Auf der Einnahmenseite besteht daher auch die Möglichkeit – innerhalb volkswirtschaftlicher Realitäten – jene Mittel einzuheben, die benötigt werden, um das Gesundheitssystem zu finanzieren. Das benötigte Geld ist im Umlagesystem „frisches“ und nicht wie in kapitalgedeckten Systemen „gespartes“ Geld. Das Geld, das von einer Person eingezahlt wird, wird für jemand anderen ausgegeben. Es wird keine Ansparung vorgenommen, sondern nur „umverteilt“, von denen, die einzahlen an die, die im Auftrag der Gesellschaft Leistungen an jenen erbringen, die entsprechend den Vorgaben der Gesellschaft diese Leistungen empfangen sollen. Diese Form der Umverteilung wird in der Öffentlichkeit gerne als Generationenvertrag tituliert, ein Terminus, der in keinem Gesetz vorkommt. Dieser Ausdruck versucht darzustellen, dass die „junge“, werktätige und produktive Bevölkerung durch ihre Beiträge und Steuern in der Regel häufiger einzahlen als Leistungen empfangen, während die „Alten“ weniger einzahlen, dafür jedoch mehr Leistungen erhalten.

Wesentlichster Charakterzug solidarischer Finanzierungsmodelle ist, dass es keine versicherungsmathematisch begründeten Einzahlungen gibt, sondern die Beiträge und Steuern unabhängig vom Erkrankungsrisiko festgesetzt werden. Gesundheitsversorgung ist eine Sozialleistung, die jedem zur Verfügung steht. Raucher, Fettleibige oder Motorradfahrer zahlen also den gleichen Anteil ein wie Nicht-Raucher, Schlanke und Nicht-Motorradfahrer. Im Gegensatz dazu zahlen in steuerfinanzierten Systemen Besserverdiener mehr als Niedrigverdiener, im Falle von Sozialversicherungssystemen Lohnempfänger mehr als Sozialempfänger (worunter neben den Arbeitslosen die wesentlich wichtigere Gruppe der Pensionisten zu zählen sind). In Mischsystemen fällt beides zusammen, wodurch es wegen der dadurch entstehenden sehr komplexen Steuer- und Beitragsbelastung sehr leicht zu der heute vielfach thematisierten „Überlastung“ des Mittelstandes kommen kann. Solidarisch finanzierte Systeme verfolgen daher das Prinzip der Umverteilung von Reich zu Arm. Solidarisch finanzierte Gesundheitssysteme haben daher sehr viel mit Politik zu tun. Die Politik muss in solidarischen Systemen festlegen, welche Leistungen wer empfangen soll und wer wie viel bezahlt. Insbesondere die Frage, wie viele Ressourcen der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, stellt die Politik vor große und immer größer werdende Herausforderungen. Denn anders als in kapitalgedeckten Systemen haben demographische Veränderungen auf Umlagesysteme einen sehr großen Einfluss. Erinnern wir uns, dass im Gegensatz zu kapitalgedeckten Systemen, in denen angespartes Geld zur Finanzierung herangezogen werden kann, in Umlagesystemen „frisches“ Geld ausgegeben wird. Man hat also keine angesparten Reserven, auf die man zurückgreifen kann, um die Leistungen zu finanzieren, sondern man muss das nötige Geld immer frisch in Form von Steuern und Beiträgen aufreiben. Wie oben ersichtlich, sind es insbesondere die alten Menschen, die einen hohen Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen haben. Betrachtet man die Einnahmenseite, dann sind es jedoch eher die Jungen, die im überwiegenden Anteil der Solidargemeinschaft ihr Geld abliefern – entsprechend dem Generationenvertrag. Man muss wissen, dass solidarisch finanzierte Systeme eine sehr junge Erfindung sind. Die meisten solidarisch finanzierten Gesundheitssysteme – so wie wir sie heute kennen – sind erst nach dem Zweiten Weltkrieg ins Leben gerufen worden. Zwar konnten diese Systeme auf ein bisschen Erfahrung aus der Zeit der Krankenversicherungen, die Ende des 19. Jahrhunderts entstanden sind, zurückgreifen, aber echte Erfahrungen oder wissenschaftliche Grundlagen gab es bei der Einführung keine. So kann es auch nicht verwundern, dass die einfache Theorie des Generationenvertrages – die Jungen zahlen für die Alten – nie genau durchdacht wurde. Anfangs hat dieses Prinzip noch ganz hervorragend funktioniert. Der Grund dafür ist schnell erklärt. Nach dem Zweiten Weltkrieg lag Europa in Trümmern. Die Bevölkerung hatte viel zu arbeiten und die demographische Struktur zeigte – nach der Rückkehr der Kriegsgefangenen – viel mehr Junge als Alte. Das Prinzip, nachdem die Jungen die Gesundheitsversorgung der Alten zahlen sollten, konnte also funktionieren, weil es viele Junge gab und wenige Alte und sich so die Last gut verteilte. Zudem begann die Bevölkerung, sich in den 1950er- und frühen 1960er-Jahren stark zu vermehren – die sogenannte Baby-Boom-Generation wurde geboren. Auch wenn es bereits in dieser Zeit Experten gab, die vorrechneten, dass der Generationenvertrag nicht ewig halten kann, hat man damals in guter Absicht den Vertrag immer stärker fixiert und auch durch immer mehr Leistungen belastet – Stichwort Pensionen. Haben die Experten in den 1960er Jahren noch davor gewarnt, dass der Generationenvertrag nur halten könne, wenn die Bevölkerung Österreichs endlos wächst und davor gewarnt, dass das nicht passieren wird, war spätestens seit dem sogenannten Pillenknicke auch Nicht-Experten klar, dass der Generationenvertrag ein natürliches Ende finden muss. Die Experten der 1970er- und 1980er-Jahre mahnten Änderungen ein, die jedoch in den meisten Ländern mit solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen seitens der Politik nicht gehört wurden. Einige Länder, allen voran Großbritannien, haben jedoch in den 1970ern begonnen, Reformen

einzuweisen. Andere Länder wie Deutschland oder Österreich, haben die Augen bis zum heutigen Tag verschlossen.

Die demographische Entwicklung zeigt nun, dass sich das Verhältnis der Jungen zu den Alten umkehrt. Das bedeutet, dass die Zahl der Älteren größer zu werden droht als die Zahl der Jungen. Die Zahl der Kinder ging und geht immer mehr zurück, während die Baby-Boom-Generation durch die Fortschritte der Medizin immer älter zu werden beginnt. Mit dieser Entwicklung, die in der Geschichte der Menschheit einzigartig ist, beginnen die Probleme des Generationenvertrags. Mit zunehmender Zahl an Leistungsempfängern und abnehmender Zahl an Einzahlern steigt der Druck auf die Einzahler kontinuierlich an. Diese Entwicklung, die in den Medien gerne als die „demographische Falle“ bezeichnet wird, scheint unabänderlich. Demographische Prognosen sind die stabilsten Prognosen in allen Wissenschaften. Ihre Sicherheit ist so groß, dass man fast sagen kann, es sind Prophezeiungen – sehr zum Leidwesen jener, die gerne ins Feld führen, dass man überhaupt keine Prognosen machen kann.

International betrachtet, sind solidarisch finanzierte Gesundheitssysteme, misst man die Aufwände in Prozent am BIP oder in pro Kopfausgaben, definitiv „billiger“, als die kapitalgedeckten. Aber wie oben erwähnt, ist ein so einfacher Vergleich naiv. Die Vorstellung, dass auch in umlagefinanzierten Gesundheitssystemen jene hohen Werte erzielt werden können, die in kapitalgedeckten Systemen erzielt werden, ist daher mehr als fraglich. Einmal setzen die Menschen ihr angespartes Geld ein, ein andermal das frisch von der „Jugend“ verdiente. Ohne näher darauf einzugehen, ist die volkswirtschaftliche Wertschöpfung in beiden Fällen unterschiedlich und liegt in kapitalgedeckten Systemen höher. Umlagefinanzierte Systeme sind insofern auf einen längeren Zeitraum gerechnet, „teurer“ als die kapitalgedeckt, selbst dann, wenn sie in der Momentaufnahme „billiger“ scheinen. In umlagefinanzierten Systemen sind der Erhöhung von Steuern und Beiträgen natürliche Grenzen gesetzt. Wenn es in umlagefinanzierten Systemen zu einer weiteren Erhöhung kommen soll, dann wird das – ohne volkswirtschaftlichen Schaden anzurichten – nur über Selbstbehaltserhöhung gehen. Selbstbehalte werden von Leistungsempfängern entrichtet. Sie steigen also mit der Inanspruchnahme von Leistungen und sind so nicht im Generationenvertrag enthalten. Bei der Erhöhung der Selbstbehalte wird die Mittelaufbringung verstärkt in Richtung Verursacherprinzip geführt.

Die Rolle des Akteurs übernehmen in umlagefinanzierten Gesundheitssystemen die staatlich bestimmten Stellen. Je nach Spielart ist eine Vielzahl von verschiedenen Modellen zu finden. Auf der einen Seite des Spektrums steht die wohl effizienteste Form, in der der Geldgeber, der sein Geld ja über Steuern oder Pflichtbeiträge einnimmt, gar keinen direkten Einfluss auf die Gesundheitsversorgung nimmt, sondern für die Strategieentwicklung und Umsetzung ein eigenes Public-Health-Institut beschäftigt. Dieses Modell eines umlagefinanzierten Gesundheitssystems ist besonders in Nordeuropa vertreten. Typische Beispiele sind Großbritannien oder Dänemark. Länder, in denen der Geldgeber nicht eingreift, haben meist auch das Glück, keinem aktiven Politikeinfluss ausgesetzt zu sein.

Ein ausschließlich passiver Einfluss der Politik auf das Gesundheitssystem ist nur dort denkbar, wo es auch nur eine Finanzierungsquelle (dezentral oder zentral organisiertes steuerfinanziertes Gesundheitssystem) gibt. Sobald mehrere Geldgeber auftreten – also dort, wo „zwischengeschaltete“ Krankenkassen als Geldgeber auftreten, ist der direkte und aktive Politikeinfluss nicht zu verhindern. In Ländern in denen es steuerfinanzierte Gesundheitssysteme gibt, denen eine moderne Definition der Gesundheitsversorgung zu Grunde liegt, die Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Pflege gemeinsam betrachtet, spricht man zurecht von der Finanzierung aus einer Hand. Diese Modelle sind als die effizientesten Systeme zu betrachten, können also entsprechend dem eingesetzten Geld den größten Nutzen für die Bevölkerung erbringen – was nicht automatisch bedeutet, dass sie

auch immer ausreichend Geldmittel zur Verfügung stellen! – siehe Großbritannien. Dadurch, dass der Geldgeber nur aus einem einzelnen Akteur besteht und dieser sich einzig auf große strategische Fragen zurückzieht (woher nehme ich wie viel Geld!) und das tägliche Geschäft (in welche Versorgungsqualität stecke ich das Geld) jenen überlässt, die es besser können. Auf diese Weise besteht ein hohes Maß an Professionalität, und das Gesamtsystem weist ein Minimum an Akteuren auf. Dadurch, dass es nur einen Geldgeber gibt, der durch seine Alleinstellung eine mächtige Position einnimmt, werden zudem alle Akteure auf Schiene gehalten. Ein deutliches Indiz für die hohe Effizienz solcher Systeme zeigt sich alleine schon dadurch, dass es in diesen Ländern einen äußerst geringen Privatanteil, in den ja auch Zusatzversicherungen eingerechnet werden, gibt.

Auf der anderen Seite finden sich Modelle, in denen der Geldgeber aktiv und tief in die Versorgung eingreift. In solchen Fällen finden sich häufig auch „Schein-Geldgeber“, die meist als öffentliche Krankenkassen oder Sozialversicherungen organisiert sind. Oft kommt es zur Zersplitterung der Geldgeber und so auch zu einer großen Zahl an Akteuren. Meist, eigentlich immer, ist mit dieser Entwicklung ein aktiver und direkter Politikeinfluss in die Versorgung zu beobachten. Typische Beispiele hierfür sind die Gesundheitssysteme in den Niederlande, in Belgien, Deutschland und Österreich. Diese Länder sind, systemtheoretisch nicht verwunderlich, auch jene, die die größten Probleme und den größten Selbstbehaltsanteil in der Gruppe der umlagefinanzierten Systeme aufweisen.

Selbstbeteiligung, Selbstbehalt, Kostenbeteiligung (Privatanteil)

Selbstbehalte gibt es in jedem System, seien sie kapitalgedeckt oder umlagefinanziert. Zieht man internationale Vergleiche heran, dann sind in kapitalgedeckten Systemen Selbstbehalte natürlich am größten.

Das hängt damit zusammen, dass nach den angewandten Berechnungsmethoden die Versicherungsbeiträge, wenn sie nicht durch die öffentliche Hand ausgegeben werden, als Selbstbehalte definiert werden. In solchen Vergleichen wird also nur zwischen Ausgaben der öffentlichen Hand (darunter fallen auch alle öffentlichen Krankenkassen) und privaten Ausgaben unterschieden. Wie diese privaten Ausgaben organisiert sind, also ob es Ausgaben sind, die über nicht-staatliche Versicherungen getätigt werden, oder durch den Einzelnen aus der eigenen Tasche (out of pocket) zu bezahlen sind, wird nicht unterschieden. Was in diesen Vergleichen meist ebenfalls nicht angegeben wird, ist die Gesamtsteuerquote, also ein Hinweis, wie viel Geld der Einzelne frei zur Verfügung hat und wie viel Geld durch Steuern und Pflichtbeiträge bereits vom Bruttoeinkommen abgezogen werden. Daher muss man, wenn man Interpretationen anstellt, bei solchen Vergleichen Vorsicht walten lassen. Ein oberflächlicher Blick lässt vermuten, dass in kapitalgedeckten Systemen die Belastung des Einzelnen höher ist als bei umlagegedeckten Systemen. Ein solch einfacher Schluss ist jedoch nicht zulässig. Wie wir oben bereits festgehalten haben, richtet sich das kapitalgedeckte System nach dem individuellen Risiko, während das Umlagesystem sich nach dem Einkommen richtet. Wenn man also die Selbstbehalte als Maß für die soziale Ausgewogenheit eines Gesundheitssystems heranziehen will, dann sind für jedes einzelne System aufwendige Detailanalysen nötig. Grundsätzlich kann man jedoch festhalten, dass die Selbstbehalte in kapitalgedeckten Systemen als Steuerungsinstrument eingesetzt werden und weitgehend vom Patienten, der in diesem Fall ja auch Versicherungsklient ist, direkt beeinflusst werden können. Mit dieser Art Selbstbehalte trägt man der Rolle des Patienten als Akteur im Gesundheitssystem Rechnung.

In umlagegedeckten Systemen verhält es sich anders. Hier sind Selbstbehalte ein sehr heikles Thema. Die Einflussmöglichkeit durch das Individuum auf Selbstbehalte ist wegen der fehlenden versicherungsmathematischen Grundlage äußerst begrenzt. Selbstbehalte treten in solchen Systemen in der Regel dann auf, wenn Leistungen konsumiert werden. Diese Selbstbehalte sind also „verursachergerecht“. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen,

die sich ja über Jahre und Jahrzehnte entwickeln, merkt der Einzelne erst, dass seine Krankheit „teuer“ wird, wenn er sie schon hat. Die wenigsten (die Zahl liegt im tiefen einstelligen Prozentbereich) sorgen in umlagefinanzierten Systemen für diese Zeit vor, sodass dann, wenn die Krankheit eingetreten ist, Selbstbehalte eine erhebliche finanzielle Belastung darstellen. Gerade dort, wo die Politik tief in das Gesundheitswesen eingreift, entsteht so der Druck, Selbstbehalte für chronisch Kranke abzuschaffen. Selbstbehalte sind dann als Steuerungsinstrument sinnlos und werden zum Finanzierungsinstrument.

Um ein effizientes Finanzierungsinstrument zu sein, muss man einfache und klare Regeln einführen. Die praktikabelste Regelung ist natürlich die, einfach einen Prozentsatz festzulegen, den der Patient an den Kosten, die für seine Behandlung entstanden sind, übernehmen muss. Eine Deckelung dieses Betrages dürfte nicht stattfinden. Das wiederum führt dazu, dass die „Besserverdiener“, die zwar ohnehin bereits viel einzahlen, trotzdem weniger Probleme haben, diese Kosten zu tragen, während die „Schlechterverdiener“, obwohl sie schon weniger zahlen, diese Kosten möglicherweise nicht tragen können. Daher wird es wieder zu politischem Druck kommen, der darin mündet, dass die Selbstbehalte sozial gestaffelt werden. In diesem Augenblick versagt der Selbstbehalt auch als Finanzierungsinstrument. Die Idee, durch Selbstbehalte den Generationenvertrag zu entlasten, findet daher nicht statt. Die Selbstbehalte werden – quasi über die Hintertür – wieder in den Generationenvertrag eingegliedert.

Es gibt genug Studien, die sich genau diesem Thema gewidmet haben. So gut wie alle kommen zu dem Schluss, dass in solidarisch finanzierten Systemen Selbstbehalte aus tagespolitischen Gründen weder eine effiziente Finanzierungsschiene sein können, noch als Steuerungsinstrument funktionieren. Genaugenommen sind Selbstbehalte sogar kontraproduktiv, weil die Administration der durch tagespolitisches Kalkül „umgangenen“ Selbstbehaltungsregelung zusätzliche, oft enorme Ressourcen verschlingt. Aus diesem Grund, werden in modernen Gesundheitssystemen Selbstbehalte entweder schlicht abgelehnt, oder aber zu Steuerungszwecken eingesetzt. Im zweiten Fall werden also versicherungsmathematische Modelle verwendet, und Selbstbehalte nicht generell festgelegt, sondern nach persönlichem Risiko eingeführt. Jeder kann so seine „Selbstbehalte“ steuern, in dem er beispielsweise über eine gesunde Lebensführung oder vernünftige Konsumation von Gesundheitsdienstleistungen seinen Selbstbehaltsanteil selbst festlegt.

Besonders riskant ist es, wenn in solidarisch finanzierten Systemen die Selbstbehalte nicht einer allumfassenden Strategie folgen. Erinnern wir uns, dass Selbstbehalte einen erheblichen Einfluss auf den Akteur Patient haben. Wenn in den unterschiedlichen Institutionen und Leistungsbereichen unterschiedliche Selbstbehalte anfallen, dann kann es rasch zu unerwünschten „Patientenströmen“ kommen. Ein typisches Beispiel dafür wäre der Vergleich Pflegeheim mit Krankenhaus. Wenn der Selbstbehalt im Pflegebereich höher liegt als im Krankenhaus, dann werden die Patienten tendenziell ins Krankenhaus ausweichen. Anders ausgedrückt, wird der Patient solange wie möglich auf Pflegedienstleistungen verzichten und bei Pflegeengpässen dafür öfter im Spital aufgenommen. Die volkswirtschaftlichen Kosten für so eine „Fehlbelegung“ sind horrend. Um das zu verhindern, wäre es dringend nötig, die Selbstbehalte genau umgekehrt zu halten, niedrig in der Pflege und hoch im Krankenhaus. Bei einer prozentuellen Selbstbeteiligung, würde das quasi automatisch passieren, durch entsprechende „Befreiungen“ aber, wird das System konterkariert.

Selbstbehalte sind also eigentlich nur sinnvoll, wenn sie als Steuerungsinstrument eingesetzt werden und das kann man nur, wenn es eine Public-Health-Strategie und eine Finanzierung aus einer Hand gibt.

Zusammenfassende Bemerkung

Um den Unterschied zwischen kapitalgedeckten und umlagefinanzierten Systemen noch deutlicher darzustellen und auch die Schwierigkeiten in der realpolitischen Situation zu illustrieren, möchten wir ein paar Beispiele bringen.

Wenn wir abends den Fernseher einschalten, dann erwarten wir auch – zumindest in Österreich – dass der Fernseher funktioniert. Den wenigsten von uns jedoch ist bewusst, dass der dazu nötige Strom genau in dem Augenblick produziert werden muss, in dem er verbraucht wird. Und noch einmal weniger werden wissen, dass der Strom, der im Überschuss produziert wird, einfach in den Boden geleitet, also vernichtet wird. Und um ehrlich zu sein, es interessiert in Wirklichkeit auch niemanden. Klar ist nur, dass man dann, wenn man den Strom braucht, ihn auch erwartet. Der Strom kommt aus der Steckdose. Das Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch ist für den Verbraucher nicht unmittelbar spürbar. Daher macht sich der Stromkonsument auch keine Gedanken über die Produktion. Wenn irgendwo ein Kraftwerk gebaut werden soll, um diese Versorgungssicherheit, an die man sich so sehr gewöhnt hat, aufrechtzuerhalten, dann erlebt man üblicherweise Proteste gegen den Bau. Nicht selten hört man auch, der Bau ist nicht notwendig. Genau wissen kann man es natürlich nicht.

In Umlagesystemen ist das sehr ähnlich. Wenn man das Gesundheitssystem braucht, dann ist es ganz klar, dass es zur Verfügung zu stehen hat. Gedanken über den Preis muss man sich nicht machen, da zwischen den Kosten für die Versorgung und dem Konsumenten kein direktes Verhältnis besteht – bezahlt wird ja vom Staat! Den Konsumenten – im Fall der Gesundheitsversorgung also den Patienten – interessiert es nicht, wie diese Versorgung aufrecht zu erhalten ist – nur, dass sie da ist, wenn man sie braucht. Gesundheitsversorgung muss funktionieren wie der Strom – sie hat aus der „Steckdose“ zu kommen.

Jetzt stellen wir uns vor, was passieren würde, wenn wir vor einem Bankomat stehend ähnlich denken würden. Man schiebt seine Karte hinein und kriegt Geld raus. Eigentlich könnte man doch meinen, dass egal wann, immer genug Geld da sein muss. Der Bankomat als „Steckdose“. Dass das nicht so ist, weiß jeder. Mit der Bankomatkarte kann man nur so viel Geld abheben, wie am Konto drauf ist. Es besteht also zwischen der „Geldproduktion“ und den damit verbundenen Kosten (in der Regel Lohn für Arbeit) und dem Verbrauch ein spürbares, direktes Verhältnis. Kein vernünftiger Mensch würde davon ausgehen, dass das Geld auf dem eigenen Konto unendlich fließen kann. In kapitalgedeckten Systemen ist das ähnlich. Jeder, der in einem kapitalgedeckten Gesundheitssystem lebt, weiß, dass er nur das kriegen wird, was er eingezahlt hat – nicht mehr aber auch nicht weniger. Er kriegt das, was er erwartet.

Damit kommen wir zum wichtigsten Akteur des Gesundheitssystems zurück. Je nachdem, wie sich der Patient verhält, ob er der Meinung ist, die Gesundheit hat aus der „Steckdose“ zu kommen, oder aber, ihm bewusst ist, dass er nur das kriegt, was er bezahlt hat, wird das Gesundheitssystem kosten. Genaugenommen könnten sowohl das umlagefinanzierte als auch kapitalgedeckte System gut funktionieren. Wesentlich ist nur, wie es das Verhalten seiner Patienten in der Frage der Finanzierung „erzieht“, oder anders ausgedrückt, wie man dem Patienten Kosten-Bewusstsein beibringen kann. In diesen Themenbereich gehört der sogenannte mündige Patient. Was man genau darunter versteht, ist zwar unklar, erwarten würde man sich jedoch von einem mündigen Patienten, dass er rationell entscheidet und Selbstverantwortung übernimmt. Um so etwas zu erwarten, muss man jedoch annehmen können, dass der Patient ausreichend informiert ist. Da man dem Patienten nicht zumuten kann, dass er die komplexe Finanzierungssituation versteht, kann man auch nicht erwarten, dass er informiert ist. Sich auf den mündigen Patienten auszureden, ist daher dem Patienten gegenüber äußerst unfair. Um nun den Patienten für Finanzierungsfragen im Gesundheitssystem zu sensibilisieren, müssen aktive Maßnahmen ergriffen werden.

In kapitalgedeckten Systemen übernimmt diese „Sensibilisierungsaufgabe“ der Markt. Der Markt stellt einen direkten Bezug zwischen dem eigenen Geld und dem Preis, den man für die eigene Gesundheitsversorgung bezahlen muss, her. Jeder Einzelne hat also Interesse, möglichst viel für möglichst wenig zu erhalten. In umlagefinanzierten Systemen fehlt dieser direkte Bezug. Will man beim Patienten so etwas wie Kosten-Bewusstsein erreichen, sind die Vertreter der Öffentlichkeit aufgerufen, dieses zu wecken. In Ländern, die einen hohen Grad an Transparenz und einen geringen Grad an populistischer Politik in ihren gesundheitspolitischen Entscheidungen aufweisen, funktioniert das sehr gut und sogar mit einer erstaunlich hohen Akzeptanz. Auch wenn eine hohe Akzeptanz nicht automatisch mit Zufriedenheit verbunden sein muss. Den Grad der Akzeptanz kann man in den reichen Industrieländern mit solidarisch finanzierter Gesundheitsversorgung durchaus am privat finanzierten Anteil ablesen, da die Privatanteile klar jenen Anteil an Patienten widerspiegeln können, die das öffentliche Versorgungssystem – ob sie damit zufrieden sind oder nicht – als inakzeptabel erachten und sich in die Privatmedizin flüchten. Dort, wo Intransparenz herrscht, ist dem Populismus Tür und Tor geöffnet. In diesen Ländern nehmen die Vertreter der Öffentlichkeit ihre Verantwortung, der Bevölkerung Kostenbewusstsein „beizubringen“ nicht wahr. Stattdessen werden die Patienten in dem Glauben gehalten, alle kriegen alles, und das auch noch gratis. Mit solchen populistischen Forderungen kann man Stimmen gewinnen, jedoch ist es nur eine Frage der Zeit, wann das System unfinanzierbar wird. In einigen Ländern werden mittlerweile sogar die Patientenzufriedenheitsumfragen politisch gelenkt. So gab es in einem Land eine Bevölkerungsbefragung über die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, in der jene Bevölkerungsgruppe befragt wurde, die mit dem System kaum in Berührung kommt – die Gruppe der 14- bis 59-Jährigen. Offenbar sind die Ergebnisse der Bevölkerungsgruppen, die das Gesundheitssystem brauchen und daher auch in seiner Gesamtheit am besten kennen, nämlich die unter 14- und vor allem die über 60-Jährigen, mittlerweile so schlecht, dass die Politik sich mit ihnen nicht mehr brüsten könnte. Wenn jedoch durch die Politik unpopuläre Maßnahmen nicht ergriffen werden, dann wird die Bevölkerung mit den Konsequenzen leben müssen, und die Verantwortlichen dafür hoffentlich nicht vergessen.

Damit kann man die Rolle der Geldgeber so zusammenfassen: Unabhängig in welchem System, kapitalgedeckt oder umlagefinanziert, sie hängt stark mit der Rolle des Patienten zusammen – denn am Ende wird jedenfalls die Rechnung bezahlt werden müssen. Je transparenter und demokratischer, oder aber auch je marktwirtschaftlicher die Geldgeber organisiert sind, desto steuerbarer und finanzierbarer wird das Gesundheitssystem sein. Sowohl für kapitalgedeckte als auch umlagefinanzierte Systeme gibt es Beispiele für ein Funktionieren oder Versagen. Welches der beiden Systeme gewählt wird, ist Geschmackssache, denn die Grundprinzipien sind für beide gleich. Es geht um die Konsequenz des Umsetzens.

Die Situation in Österreich

Österreich gehört im Bereich der Geldgeber zu den komplexesten Systemen der Welt. Es gibt ein Nebeneinander von umlagefinanziertem System und kapitalgedecktem System und komplett ungesteuerte und unkontrollierte Selbstbehalte. Das umlagefinanzierte System ist in viele „Subfinanziers“ zersplittert. Ein Teil der Geldgeber ist in Krankenkassen organisiert. Es gibt etwa 23 davon. Einige von ihnen, die Gebietskrankenkassen, sind föderal organisiert. Andere agieren bundesweit (Beamtenversicherung, Gewerbliche Wirtschaft), wieder andere sind auf die Mitarbeiter bestimmter Firmen beschränkt (Österreichische Bundesbahnen) oder auf bestimmte Berufe (Bauern), wieder andere auf nur einen Teil der Krankheiten (AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt).

Die Versicherten der Gebietskrankenkassen (GKK), die sogenannten ASVG-Versicherten, werden den Gebietskrankenkassen entsprechend dem Sitz der Firma zugeteilt, bei der sie eine Anstellung haben. Arbeitet man in einer Niederösterreichischen Firma, gehört man der NÖGKK an, auch wenn man in Wien lebt etc. Alle ASVG-Versicherten sind unselbständige Arbeitnehmer. Die Versicherten der anderen Kassen, man spricht von den sogenannten kleinen Kassen, da ihre Mitgliederzahl verglichen mit den Gebietskrankenkasse eher gering ist, erhalten ihre Mitglieder durch deren Berufswahl, eine Kasse, die AUVA behandelt alle Österreicher, allerdings nur dann, wenn ihre Krankheit etwas mit einem Unfall während der Berufsausübung zu tun hat.

Einige der Kassen beschränken sich in ihrem Leistungsangebot auf den „Zukauf“ von Leistungen. Insbesondere die GKK sind im Wesentlichen nur Einkäufer von Leistungen bei niedergelassenen Ärzten, den sogenannten Kassenärzten. Ausgenommen die Wiener GKK, die auch ein eigenes Krankenhaus (Hanusch-Krankenhaus) führt. Eingekauft wird über Honorarkataloge. Diese Kataloge, die geldbewertete Leistungen beinhalten, sind das Produkt reiner Verhandlungen zwischen den Länder-Ärzttekammern und den Kassen. Es gibt 13 oder 14 solcher Kataloge, die untereinander schon nicht vergleichbar sind, geschweige denn mit internationalen Daten etwas gemein haben. Entsprechend dem ASVG sind die GKK im Wesentlichen nur dazu verpflichtet, die kurative Behandlung der Versicherten sicherzustellen. Seit wenigen Jahren wurden auch rehabilitative Maßnahmen – (nicht zu verwechseln mit Rehabilitation, die Sache der Pensionsversicherungsanstalten ist, da eigentlich nur für die werktätige Bevölkerung!) – per Gesetz zur Aufgabe der GKK. Prävention ist definitiv nicht ihre Aufgabe und Pflege nur dann, wenn es sich um medizinische Hauskrankenpflege handelt – eine zu vernachlässigende Größe im Bereich Pflege. Die Aufgaben beschränken sich auf den sogenannten niedergelassenen Bereich, in der stationären Versorgung haben sie nichts mitzureden, müssen jedoch 36 % ihrer Einnahmen an die Finanzierungsschiene des stationären Bereichs abführen. Dafür sind sie auch nicht für die Spitalsambulanzen zuständig, auch wenn dort die „gleichen“ Leistungen – nämlich ambulante Gesundheitsversorgung – wie im niedergelassenen Bereich erbracht werden, sind die Spitalsambulanzen definitiv Sache der Krankenhäuser. Andere Kassen, wie beispielsweise die Beamtenversicherung unterscheiden sich da etwas, sie sind neben der niedergelassenen Kuration auch für die Rehabilitation ihrer Mitglieder verantwortlich, nicht jedoch für Pflege und Prävention, und auch nicht für die Spitalsversorgung. Die AUVA andererseits ist eigentlich ein „Vollversorger“, der von der Prävention bis zur Pflege verantwortlich ist, allerdings nur im Rahmen von Arbeitsunfällen. Die Finanzierung der Spitäler, bis 1995 eigentlich nur der stationären Versorgung, ab 1995, nach dem Rückzug der Kassen aus der Finanzierung der Spitalsambulanzen, aber auch der spitalsambulanten Versorgung, wird durch ein „leistungsorientiertes Krankenanstalten Finanzierungssystem (LKF)“ teilweise sichergestellt. Dieses LKF-System ist ein Topf im Ministerium, in den Länder, Kassen und der Bund (mit Anteilen der Umsatzsteuer) einzahlen. Alle paar Jahre wird zwischen den Ländern und dem Bund ausverhandelt, wie viele Prozent jedem Land aus diesem Topf zur Finanzierung der Spitäler in jedem Bundesland zur Verfügung gestellt werden. Diese Verhandlungen, die Teil des sogenannten Finanzausgleichs sind, werden in der Regel mit den Verhandlungen über die Wohnbauförderung junktimiert. Die Gelder, die über diese Verhandlungen den Ländern zugesprochen werden, werden durch die Länder dann mit Hilfe des LKF-Modells auf die Krankenhäuser aufgeteilt. Das LKF-Modell muss man sich als Punktesystem vorstellen. Für jede Leistung, die in einem Krankenhaus erbracht wird, gibt es Punkte. Am Ende des Jahres werden die Punkte zusammengezählt. Danach wird das Geld, das zugesprochen wurde, durch die Summe der Punkte dividiert. So erhält man einen Punktwert, jede Krankenanstalt sollte dann jene Summe erhalten, die aus der Multiplikation des Punktwertes mit den erbrachten Punkten entsteht. Allerdings darf jedes Land die ausbezahlte Summe in bestimmten Rahmenbedingungen nach eigenem Wunsch verändern. Die einbehaltene Summe, der

sogenannte Steuerungsbereich, kann dann durch die Landesregierung je nach Wunsch einzelnen Krankenanstalten zusätzlich ausbezahlt werden. Da nur ein Bruchteil der Krankenhäuser den Ländern selbst gehört, kann also, je nachdem wer der Eigentümer ist (z. B.: Gemeinden oder Orden) mehr oder weniger ausbezahlt werden. Und als ob es nicht schon kompliziert genug wäre, werden Defizite, ebenfalls extra finanziert. Die Eigentümer erhalten in manchen Bundesländern automatisch einen Teil der Defizite abgedeckt, in anderen Bundesländern müssen die Eigentümer jährlich um finanzielle Zuschüsse bitten. Insgesamt gibt es sicher an die 60 bis 100 verschiedene Eigentümer öffentlicher Krankenhäuser. Nicht eingeschlossen in dieses System sind die Privatkrankenanstalten, unter die auch Röntgeninstitute, Physioinstitute etc. fallen. Diese müssen mit den verschiedenen Geldgebern extra Verträge abschließen. Als Geldgeber kommen neben Privatpatienten auch Krankenhäuser oder Kassen in Frage.

Soviel zum kurativen Bereich. In der Rehabilitation ist das Bild ähnlich, je nachdem, welches Krankheitsbild man hat und in welchem Bundesland man lebt, bzw. arbeitet, ist die Rehabilitation eher Sache der Krankenhäuser oder der Pensionsversicherungsanstalten. Echten Anspruch hat man eigentlich nur, wenn man noch werktätig ist. Hier gilt das Prinzip „Rehabilitation vor Pensionierung“. Ist man schon in Pension, dann muss man bei seiner Krankenkassa um eine Reha ansuchen und diese auch bewilligt erhalten – aber auch das ist davon abhängig, bei welcher Kassa man „verpflichtet“ ist. Für einige Kassen übernimmt die PVA die Kosten, für andere nicht. In der Prävention herrscht ein ebensolches Chaos, ganz abgesehen von dem mittlerweile jedem Österreicher bekannten Problem der Pflege. Die Pflege wird in Österreich nicht einmal dem Gesundheitssystem zugerechnet, sondern fällt in den Sozialbereich. Also selbst wenn für einige Pflegeheime ein Bundesland als Eigentümer auftritt, dann heißt das noch lange nicht, dass es dadurch irgendwie einen gemeinsamen Topf aus dem Gesundheitswesen gibt. Es ist ja nicht einmal auf Bundesebene die Pflege im gleichen Ministerium untergebracht wie das Gesundheitswesen, warum sollte man also diese Bereiche – entsprechend einer modernen Definition – gemeinsam betrachten? Diese Aufzählung kann noch endlos weitergeführt werden. In Summe besteht im österreichischen Gesundheitswesen ein undurchschaubares und vollkommen intransparentes Geflecht an Geldgebern. Eine endgültige und offizielle Zahl über die verschiedenen Finanzströme gibt es nicht, aber bekannt ist, dass die Zahl in der Größenordnung von 4000 liegen dürfte – das sagt zumindest eine Studie, die im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstellt wurde.

Die Selbstbehalte sind in Österreich ohne jeglichen Plan und ebenfalls abhängig davon, wo man verpflichtet ist. Einige der kleinen Kassen verlangen für jede Leistung 20 % – wie oben beschrieben, ein vernünftiger Weg. Andere wiederum verlangen „nichts“, kennen jedoch eine Unmenge an Gebühren. Man denke nur an die Rezeptgebühr. Die Einnahmen aus diesem Titel sind seit 2000 um über 50 % gestiegen, die Wirtschaft hat im gleichen Zeitraum gerade einmal 12 % geschafft.

Einen genauen Überblick zu erhalten, ist bei der vorliegenden Intransparenz nicht möglich, sodass man nur sagen kann, dass am Ende des Tages ein Selbstbehaltsanteil, je nachdem, wie man die „illegalen“ Zahlungen in der Pflege, die immer weiter grassierende Unart der „Kuvertmedizin“ und die familiäre finanzielle Unterstützung in der Pflege durch Arbeitsleistung oder aber auch den privat finanzierten und präventiv wirksamen Wellnessbereich reinrechnen kann oder will, in der Größenordnung von wenigsten 25 und maximal 35 % der Gesamtausgaben anzunehmen ist. Selbst die „offiziellsten“ Statistiken, nämlich die der Statistik Austria sind sich in dieser Frage nicht schlüssig und so schwankt der Wert quasi jährlich – natürlich nur in der Statistik. Den größten Selbstbehalt hat man heute sicher in der Pflege, der nicht einmal abgeschätzt werden kann, vermutlich gefolgt von der Rehabilitation (im Sinne der Tertiärprävention) für die vermutlich Selbstbehalte jenseits der

50 % anfallen, dann kommen ambulante Dienstleistungen (z. B.: Zahnarzt, Wahlarztaufschläge, Physiotherapie etc.) mit fast 40 %, im Anschluss daran die Medikamente mit 30 % und als Schlusslicht das Krankenhaus mit mageren 2 % – und da sind die Medikamente bereits enthalten. Wie also die Patientenströme dadurch gelenkt werden, ist klar aber nicht gerade sinnvoll. Als Reaktion auf das so immer teurer werdende Gesundheitssystem werden neue Selbstbehalte eingeführt, die jedoch aus populistischen Gründen verbrämt als soziales Verhalten einer Unmenge an kaum administrierbaren Staffeln unterworfen werden.

Es lässt sich also festhalten, dass Österreichs Geldgeber objektiv betrachtet alles falsch machen, was in der Public-Health-Forschung als falsch anerkannt ist. Die Finanzierung ist höchst zersplittert (4000 verschiedene Finanzierungswege!), die Geldgeber agieren nach politischen Vorgaben (Parteipolitik in den Ländern und Gewerkschaftspolitik in den Kassen) und die Selbstbehalte werden konzeptlos und ungeplant dort eingeführt, wo man den geringsten Stimmenverlust vermutet (in der Regel beim Mittelstand). Was ein solcher Befund im Sinne der Systemtheorie für das Gesundheitssystem bedeutet, soll nicht weiter ausgeführt werden.

Steuerung der Gesundheitsversorgung

Integrierte versus desintegrierte Versorgung

Wie wir gesehen haben, gibt es eine Fülle von möglichen Akteuren in einem Gesundheitssystem. Alle haben sich ursprünglich die gleiche Aufgabe gestellt, nämlich die Versorgung der Bevölkerung – eigentlich des Patienten – mit Gesundheitsdienstleistungen. Der Patient steht also im Mittelpunkt. In einem idealen Gesundheitssystem ist das wirklich so. Alle Akteure arbeiten so ineinander, dass jeder Patient zum richtigen Zeitpunkt an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhält. Alle Akteure agieren vollkommen frei von Eigeninteressen, nur um ein gemeinsames Ziel zu erreichen, nämlich umfassende, koordinierte und kontinuierliche Dienstleistungen bereitzustellen und für einen nahtlosen Versorgungsprozess zu sorgen. Dafür werden Fälle und Informationen über Fälle zusammengeführt, die in unterschiedlichen Einrichtungen, Versorgungsebenen und über Zeitverläufe (am besten über die gesamte Lebensspanne) hinweg auftreten. Ja selbst der Patient ist in so einem vollkommenen System bereit, freiwillig jene Selbstverantwortung und Selbstdisziplin zu übernehmen, die es braucht, um so ein Gesundheitssystem zu betreiben. Diese Idealform nennt man integrierte Versorgung. Systemtheoretisch ist das nur, und ausschließlich dann möglich, wenn es lediglich eine treibende und tonangebende Kraft, einen Akteur gäbe, während alle anderen Beteiligten sich wie die geölten und exakt aufeinander abgestimmten Zahnräder eines Getriebes verhalten. Man muss kein Philosoph sein, um zu wissen, dass so ein Verhalten nur bei Maschinen vorkommen kann, keinesfalls bei Menschen. Daher ist die Idee einer integrierten Versorgung in „Reinform“ auch nur eine Fiktion.

In der Realität wird es also nie vorkommen, dass ein Gesundheitssystem so funktioniert. Das Gegenstück zu einem integrierten Gesundheitssystem ist das vollkommen „desintegrierte Gesundheitssystem“. So etwas würde bedeuten, dass jede einzelne Stelle, an der Gesundheitsleistungen erbracht werden, diese vollkommen unabhängig von jedem anderen Akteur, auch dem Patienten, erbringt. Auch das ist eher eine mechanische Vorstellung, da ein Radiologe wohl kaum einfach grundlos Röntgenbilder schießen wird, ob nun ein Patient vor ihm liegt oder nicht. Allein die Tatsache, dass es den „integrierenden“ Faktor Patient gibt, schließt ein vollkommen desintegriertes Gesundheitssystem aus. In einem desintegrierten Gesundheitssystem wäre die Versorgung rein zufällig. Zwar kann es durchaus passieren, dass ein Patient an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhält, aber voraussagen, dass das passiert, kann man nicht.

Zwischen diesen beiden Extremen wird die reale Versorgung passieren. Ein Gesundheitssystem kann also mehr oder weniger integriert, bzw. mehr oder weniger desintegriert sein. Aus der Sicht des Patienten ist klarerweise ein integriertes System wünschenswert, aus der Sicht der Leistungserbringer ein desintegriertes. Ein Patient wünscht sich die Situation, dass er zur richtigen Zeit an der richtigen Stelle behandelt wird, ein Leistungserbringer hingegen wird, je nachdem, welchen Vorteil oder Profit er davon hat, den Patienten behandeln oder nicht behandeln wollen. Einfach gesagt, wird er einen Patienten, an dem er mit einer Leistung, die er gerne macht, verdienen kann, an sich binden, ob er nun die richtige Stelle ist oder nicht, die anderen Patienten wird er wegschicken, ob er nun die richtige Stelle wäre oder nicht. Die ideale Situation für ihn ist, seine Arbeit zu tun, ohne Rücksicht auf irgendwelche anderen nehmen zu müssen. Darin liegt das Spannungsfeld. Ein Gesundheitssystem braucht also Regeln und Steuerungsinstrumente, mit denen die beiden Interessen, die des Patienten und die des Leistungserbringers, so aneinander geführt werden, dass beide damit leben können.

Marktwirtschaftliche versus demokratische Elemente

Wie wir festgehalten haben, ist das Gesundheitssystem immer ein komplexes System. Es kann also nie gelingen, es so aufzubauen, dass es nur einen Akteur gibt und sonst nur Zahnräder. Damit liegt das Problem vor uns. Wie kann man einerseits verhindern, dass sich die Leistungserbringer durchsetzen und das System in Richtung Desintegration treiben und andererseits dem Wunsch Rechnung tragen, dass Menschen nie so „standardisierbar“ sind und wie Zahnräder verhalten.

Mit der Steuerung komplexer Systeme haben sich viele Wissenschaftler beschäftigt. In den letzten Jahrhunderten wurde vielfach ausprobiert, ob bei ausreichend guter Planung und ausreichend strenger Kontrolle komplexe Systeme nicht doch beherrschbar würden. Nun, „beherrscht“ wurde in diesen Systemen so einiges, funktioniert haben sie jedoch nicht. Die „Planwirtschaft“ hat sich offenbar als nicht tauglich erwiesen. Doch gibt es zwei andere Steuerungsinstrumente, die wenigsten bisher gezeigt haben, dass sie geeignet sind. Es sind diese demokratische und marktwirtschaftliche Elemente. Wenn man diese beiden Elemente betrachtet, dann muss man sich etwas von der heutigen Starrheit der Begriffe befreien. Demokratische Elemente müssen nicht unbedingt Demokratie bedeuten und marktwirtschaftliche Elemente nicht automatisch Kapitalismus.

Demokratische Elemente bedeuten nichts anderes, als dass eine Gruppe von Menschen, also beispielsweise die Akteure eines Gesundheitssystems, die sich freiwillig zusammengefunden hat, gemeinsame Ziele definieren. Diese Ziele werden immer einen Kompromiss zwischen den Zielen der Mitglieder dieser Gruppe darstellen. Zwischen den Mitgliedern wird also mit Hilfe demokratischer Instrumente – etwa Abstimmungen – ein gemeinsamer Kompromiss gesucht und festgelegt. Jeder, der in dieser Gruppe leben will, unterwirft sich diesen Zielen. Alternativ dazu kann jeder die Gruppe verlassen. Was er nicht kann, ist in der Gruppe bleiben und gleichzeitig andere Ziele verfolgen. Demokratische Elemente schränken also die Freiheit des Einzelnen ein und der Einzelne akzeptiert diese Einschränkung freiwillig. Dafür wird die Sicherheit des Einzelnen vergrößert, weil er sich darauf verlassen kann, dass sich alle Mitglieder der Gruppe an die gleichen „Spielregeln“ halten und die gleichen Ziele verfolgen. Demokratische Instrumente funktionieren nur dann, wenn sich alle in der Gruppe daran halten und keine Eigeninteressen durchsetzen wollen. Entweder fügt man sich demokratischen Entscheidungen, oder man verlässt die Gruppe. Dazwischen kann es keine Demokratie geben. So ein bisschen daran halten oder daran halten, soweit es mir passt, das geht nicht. Die Schwierigkeiten demokratischer Instrumente liegen daher in der Kompromissfindung. Je größer die Gruppen sind, desto schwieriger wird es, Kompromisse zu finden, mit denen alle leben können. Mit der Größe kommt jedoch noch ein weiteres Problem dazu. Demokratie lebt

davon, dass man die Gruppe auch verlassen kann, also die Wahlfreiheit hat, sich dem Kompromiss zu beugen oder einer anderen Gruppe anzuschließen. In der Praxis bedeutet so etwas jedoch, wenn die Gruppe ein ganzes Land betrifft, auszuwandern. Mit der Größe der Gruppe wird also die Wahlfreiheit des Einzelnen geringer, bzw. wird das Wechseln in eine andere Gruppe immer schwieriger. Wenn jedoch diese Freiheit nicht mehr wirklich existiert, dann ist die logische Konsequenz, dass die Kompromisse immer „fauler“ werden und schließlich in Beliebigkeit enden. Da demokratische Instrumente ohnehin bereits die Freiheit des Einzelnen einschränken, verstärkt sich also die Einschränkung der Freiheit des Einzelnen durch die Vergrößerung der Gruppe und es besteht die ernsthafte Gefahr, dass es zu einem immer „willkürlicheren“ System kommt, das sich jeder Steuerung entzieht. Daher kann ein komplexes System, sei es ein Staat oder das Gesundheitssystem, nur dann demokratisch „regiert“ werden, wenn es entweder die Gruppen so klein hält, dass es für die Mitglieder zu akzeptierbaren und zu lebhaften Kompromissen kommen kann; oder aber die Kompromisse sind so generell sind, dass sie das Leben des Einzelnen nicht mehr unmittelbar berühren. Je mehr und tiefer man ein System mit demokratischen Elementen steuern will, desto dezentraler und regionaler, z. B. auf Gemeindeebene, muss es organisiert werden. Will man große Gruppen steuern, beispielsweise ein Bundesland oder die ganze Republik, dann kann man dort nur mehr „große Ziele“ festlegen. Versucht man einen anderen Weg, dann wird man rasch feststellen, dass sich im Lauf der Zeit immer mehr Menschen nicht mehr an die gemeinsamen Ziele halten wollen und innerhalb der Demokratie „eigene“ Ziele verfolgen. An diesem Punkt hat die Demokratie als Steuerungsinstrument versagt und ausgedient. Etwas anderes wird in dieses Machtvakuum vordringen und die „Regentschaft“ übernehmen.

Marktwirtschaftliche Elemente definieren sich über Angebot und Nachfrage. Wenn ich etwas anbieten will, dann bedeutet es noch keinesfalls, dass ich damit Geld verdienen will. Wenn ich jemandem die Hand reiche, dann ist das ein Angebot, bei dem ich nichts verdienen will. Klar ist jedoch, dass ich was davon habe, sei es, weil ich mir per Handschlag ein Vertrauensverhältnis erhoffe, oder damit ich fotografiert werde, wie ich einer wichtigen Person die Hand schüttele oder weil ich einfach so erzogen bin und mich, würde ich es nicht tun, unwohl fühlte. Ich mache ein Angebot also weil ich davon ausgehe, dass ich etwas davon habe. Zudem mache ich dieses Angebot freiwillig, also werde nicht gezwungen, ein Angebot zu machen. Dort wo Angebote erzwungen werden, da funktioniert auch kein Markt. Zu jedem Angebot gehört eine Nachfrage. Wenn niemand da ist, der mein Angebot annehmen könnte, würde ich es nicht machen. Der, der es möglicherweise annimmt, muss es nachfragen, also wollen. Eine Nachfrage ist jedoch ebenfalls nie ohne Hintergedanken. Man nimmt nichts an, wenn man sich von der Annahme nicht auch etwas erwarten würde. Und wie beim Angebot, ist auch hier die Freiwilligkeit unbedingte Voraussetzung. Marktwirtschaftliche Elemente schaffen also auf individueller Ebene einen Interessensausgleich zwischen dem Anbieter und dem Nachfrager. Ob dieser Ausgleich mit Hilfe von Preisen festgelegt wird oder durch ein anderes Bewertungssystem, ist für das Prinzip von Angebot und Nachfrage unerheblich. Angebot und Nachfrage sind das Grundelement jedes Marktes. Da marktwirtschaftliche Elemente auf den Einzelnen ausgerichtet sind, vergrößert der Markt, dort wo er funktioniert, die Freiheit des Einzelnen, reduziert aber dabei ganz klar seine Sicherheit. Reiner Markt kennt keine anderen Gesetze als die von Angebot und Nachfrage, daher kann der Einzelne sich auch nicht auf irgendwelche Spielregeln verlassen. Jede Handlung wird zur Verhandlung! Da Marktmechanismen also vom Einzelnen abhängen, ist die Größe der Gruppe, die über Marktmechanismen gesteuert wird, anders als bei den demokratischen Mechanismen für das tägliche Leben unerheblich. Der Markt kann also eine kleine Gemeinde genau so steuern wie die ganze Welt. Und dort, wo er keine „Konkurrenz“, also ein anderes Steuerungsinstrument findet, wird er regieren. Der große Nachteil der Steuerung komplexer Systeme durch Marktmechanismen ist die fehlende Differenzierung. Da der Markt nur „Einzelentscheidungen“ kennt, kann er auch keine Gruppen bevorzugen oder benachteiligen.

In menschlichen Gemeinschaften gibt es jedoch immer Gruppen von Menschen, die als „schutzbedürftig“ gelten. Diesen Schutz durch die Gemeinschaft brauchen diese Personen gerade deswegen, weil sie alleine nicht weiterkommen, weil sie nicht „verhandeln“ können und sich durch „marktwirtschaftliches Fehlverhalten“ auszeichnen. Patienten gehören dieser Gruppe an. Die Grenzen der marktwirtschaftlichen Steuerung sind dort erreicht, wo es wegen der fehlenden freien Entscheidung (Patienten sind krank und leiden – sie können nicht vollkommen frei entscheiden) zu keinem Markt kommen kann. Wenn man an diesem Punkt trotzdem weitermacht, dann wird das in Oligarchien und Monopolen enden, die sich sowohl der marktwirtschaftlichen, als auch der demokratischen Steuerung entziehen.

Es ist ein unabdingbarer Grundsatz, dass man Freiheit und Sicherheit nie gleichzeitig haben kann. Wenn jemand behauptet, beides sei gleichzeitig möglich, dann ist das schlicht eine populistische Lüge. Entweder ist man sicher, dann hat man aber keine Wahl, oder man hat die Wahl, dann kann man aber auch daneben greifen. Freiheit und Sicherheit sind zwei Pole, zwischen denen man sich bewegen muss. Jeder einzelne Mensch hat dabei seine persönliche Balance. Es gibt eher die auf Sicherheit setzende Beamtenseele oder eher die auf Freiheit setzende Unternehmerseele, Gemütliche oder Abenteurer. Da demokratische Mechanismen die Freiheit des einzelnen zu Gunsten der Sicherheit reduzieren und Marktmechanismen genau das Gegenteil bewirken, nämlich die Freiheit des Einzelnen vergrößern, dafür aber seine Sicherheit verkleinern, und weil nur diese zwei funktionierenden Steuerungsinstrumente für komplexe Strukturen existieren, ergibt es sich ganz von selbst, dass jedes System, das diese Instrumente einsetzen will, einen Kompromiss finden muss zwischen Demokratie und Markt. In der Realität findet man diesen Kompromiss immer. Und seit der Entwicklung der Spieltheorie ist auch klar, dass es die Mischung ist, die die besten und langfristigen Ergebnisse erzielt. Grundsätzlich lässt sich sagen: Demokratie, wo immer möglich und dort, wo die Kompromisse faul werden, Markt.

Zusammenfassende Bemerkung

Die Erkenntnisse über die Funktionsweise von Gesundheitssystemen, die Erkenntnisse über die Funktionsweise von Volkswirtschaften, die Erkenntnisse über die Funktionsweise von Gesellschaften und letztlich der immer stärker werdende finanzielle Druck auf die Gesundheitssysteme hat dazu geführt, dass Reformen – manche schon in den 1970ern – eingeleitet wurden. Nicht überall, aber doch in den meisten industrialisierten Ländern wurden neue Steuerungsinstrumente eingeführt und alte Strukturen aufgebrochen. In allen Ländern, die wenigstens teilweise solidarisch finanziert sind, auch jene, in denen noch keine Reformschritte begangen wurden, haben das Prinzip der integrierten Versorgung angenommen. Es ist mittlerweile unzweifelhaft klar, dass ein Gesundheitssystem nur dann als solches zu bezeichnen ist, wenn die Leistungserbringer sich dem gemeinsamen Ziel der Versorgung von Patienten unterordnen, unabhängig ob diese Leistung der Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege oder Palliativbehandlung zuzuordnen ist. Es ist also nicht mehr die Frage, ob integrierte Systeme entstehen werden, die durch demokratische oder marktwirtschaftliche Instrumente gesteuert werden, sondern nur mehr wann.

Moderne und solidarisch finanzierte Gesundheitssysteme, die die Reformen bereits angegangen sind, haben das aus der Absicht heraus getan, das solidarisch finanzierte System erhalten zu wollen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass in diesen Ländern besonders die demokratischen Instrumente, insbesondere die Dezentralisierung (die auch Finanzhoheit bedeutet!) eingeführt wurden. Im Gegensatz dazu ist zu beobachten, dass in jenen Ländern, die die Reformen zögerlich oder gar nicht angegangen sind, immer stärker ein sich parallel entwickelnder „Schwarz- oder Graumarkt“ Fuß fasst. Es ist auch nicht verwunderlich, dass genau dort auch die stärksten Finanzierungsprobleme auftreten. Das solche Reformen nicht gerne gemacht werden, ist verständlich, da sie die liebgezwungene Intransparenz, hinter der

man sich gut verbergen kann, aufbrechen und damit oft so manches Unliebsame an die Oberfläche kommt. Zudem sind bei immer stärker werdender Transparenz manche Entscheidungen – z. B. über Krankenhausstandorte – nicht mehr aufschiebbar. Solche Entscheidungen sind halt oft auch nicht beliebt. Aber die Entscheidungen werden fallen müssen – entweder in einem solidarisch finanzierten und demokratisch gesteuerten System oder aber dann, wenn wegen Unfinanzierbarkeit „der Markt“ sein Recht einfordert.

Die Situation in Österreich

Dass Österreich zu den Reformverweigerern gehört, muss nicht mehr erwähnt werden. Durch die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte ist ein undurchdringliches Geflecht an oft verfassungsmäßig geschützten Entscheidungsstrukturen entstanden, die weder eine integrative Versorgung, noch eine demokratische oder marktwirtschaftliche Steuerung zulassen. Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung sind stark fragmentiert. Entweder ist ein Gremium (wer im Einzelfall, ist eine detektivische Frage) der neun Bundesländer oder eines der ca. 24 Sozialversicherungen zuständig, ja selbst von Bundesland zu Bundesland ist das unterschiedlich. Eine klare regionale Planung des Gesundheitssystems, wie es demokratische Steuerung verlangen würde, ist nicht möglich.

Da man offenbar den demokratischen Strukturen in Österreich nicht traut, könnte man annehmen, dass als westliches Land der Markt ein bisschen steuern darf. Umso mehr sollte man das annehmen, als doch gerade seitens der ÖÄK betont wird, dass die Staatsmedizin etwas stalinistisches habe, und der damaligen Ministerien vorgeworfen wurde, dass ihre Reform eine kommunistische Planwirtschaft darstelle. Es wurde sogar die Empfehlung ausgesprochen, dem freien Markt und damit den freien Unternehmern Arzt mehr zu vertrauen. Wer jedoch die Verwaltungsgerichtsurteile und Stellungnahmen der ÖÄK zum Thema Erwerbsfreiheit kennt und die klaren Aussagen, dass Kassenärzte von Staats wegen vor Konkurrenz zu schützen sind, liest, der wird solche Aussagen schnell als reinen Populismus entlarven können. Und einmal ehrlich, wie weit kann es mit dem Markt sein, wenn man als Versicherter nicht einmal seine Kasse frei wählen kann?

Alles wird mit untauglichen und nicht aufeinander abgestimmten Planungsinstrumenten „gesteuert“. Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung werden alle unabhängig voneinander „geplant“ und das gesamte System wird dabei immer ungesteuerter und ungeplanter. Dafür steigen die Kosten stark an.

Die unbestritten tonangebenden Akteure sind die Strukturen und die Politik, gefolgt von den Berufsgruppen. Ein Interessensausgleich zwischen allen Akteuren findet nicht statt. Die Angebotsseite wird durch intransparente Wege gesteuert – meist durch mehr oder weniger inoffizielle Verhandlungen oder durch gute Bekanntschaften, jedenfalls immer politisch richtig. Die Nachfrageseite und die eigentlichen Geldgeber werden nicht gefragt. Am besten ist das bei den langen Wartezeiten auf Facharzttermine in Kassenpraxen zu sehen.

Zusammenfassung

Wenn wir nun all diese Erkenntnisse auf ein Gesundheitssystem umlegen wollen, dann müssen wir als erstes festhalten, es gibt kein Kochrezept, das man anwendet und das dann zum erwünschten Ergebnis führt. Ja selbst wenn wir festhalten können, dass planwirtschaftliche Instrumente ungeeignet sind und es eine Mischung aus demokratischen und marktwirtschaftlichen Elementen geben muss, um das Ziel eines möglichst integrierten und von allen Akteuren breit akzeptierten Gesundheitssystems zu erreichen, wissen wir nicht, wie viel Markt oder wie dezentral oder zentral es organisiert sein muss. Auch wenn es mittlerweile weltweit viele Modelle gibt, ist darauf noch keine endgültige Antwort zu erwarten.

Nichtsdestotrotz lassen sich gewisse Eckpfeiler eines modernen Gesundheitssystems bereits einschlagen.

1. Da es in einem Gesundheitssystem primär darum geht, dem Patienten eine adäquate Versorgung zu gewährleisten, und nicht darum, den Leistungsanbietern eine ihnen angenehme Arbeitsituation bereitzustellen, sollte das Ziel eine integrierte Versorgung sein.
2. In einem integrierten System sind Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung so aufeinander abgestimmt, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten.
3. Gesundheitssysteme sind komplexe Systeme, daher neigen sie dazu, in Subsysteme zu zerfallen. Wenn das passiert, dann ist das Ziel einer integrierten Versorgung nicht erreichbar.
4. Je mehr Akteure in einem Gesundheitssystem „tonangebend“ sind, desto mehr Subsysteme wird es geben und desto unkontrollierbarer, unsteuerbarer und somit desintegrierter wird das System sein. Damit ist neben einer schlechten Patientenversorgung auch eine unkontrollierbare Kostensteigerung verbunden.
5. Patienten sind genau so potentielle Akteure wie die Geldgeber, die Spezialisten, die Berufsgruppen oder die in einem Gesundheitssystem tätigen Institutionen (von der Arztpraxis bis zu Public-Health-Instituten).
6. Um die Entwicklung eines desintegrierten Gesundheitssystems hintanzuhalten oder ihr gegenzusteuern, sind geeignete Steuerungsinstrumente einzusetzen. Planwirtschaftliche Instrumente sind zur Steuerung ungeeignet. Gesundheitssysteme lassen sich nur über demokratische oder marktwirtschaftliche Instrumente steuern.
7. Demokratische und marktwirtschaftliche Steuerungselemente sind in effektiver und ausgewogener Weise einzusetzen. Es ist darauf zu achten, dass die Instrumente, die man einsetzt, nicht von monopolistischen Bestrebungen einzelner Personen oder (politischen und wirtschaftlichen) Interessensgemeinschaften unterwandert und außer Kraft gesetzt werden.
8. Werden Steuerungsinstrumente in Gesundheitssystemen eingesetzt, dann müssen diese so eingesetzt werden, dass der Interessensausgleich zwischen allen Akteuren möglich ist. Wird durch die Steuerung darauf nicht Rücksicht genommen, dann entsteht ein paralleler „Schwarzmarkt“.
9. Allen Akteuren in einem Gesundheitssystem ist jene Freiheit zu gewähren, die sie brauchen, um zusammenwirken zu können, aber keinesfalls so viel Freiheit, dass sie in desintegrierte Subsysteme zerfallen können.
10. Unabhängig, ob zur Steuerung marktwirtschaftliche oder demokratische Elemente oder beide parallel zum Einsatz kommen, jede Entscheidung muss transparent sein.
11. Transparenz ist nur möglich, wenn die Entscheidungsträger und insbesondere die Politik sich transparenter Entscheidungsgrundlagen bedienen. Eine Möglichkeit dafür ist die Etablierung von PH-Instituten und die EBM.

Entwurf eines neuen Systems

Problem

Es ist von wissenschaftlicher Seite aus klar, dass viele der notwendigen Grundsätze, die für ein vernünftiges Gesundheitssystem befolgt werden müssten, in Österreich ignoriert werden. Um das Ganze am Laufen zu halten und Unterversorgungen zu verhindern, werden erhebliche Summen an Steuergeldern und Sozialversicherungsbeiträgen aufgewendet. Auf die demographischen Veränderungen und die rasanten Entwicklungen ist das aktuelle System gar nicht vorbereitet. Diese demographische Veränderung wird dieses Spiel in jedem Fall beenden. Die Forderung nach mehr Transparenz, nach einem integrierten Gesundheitssystem und der Finanzierung aus einer Hand wird zwar immer wieder politisch diskutiert (seit fast 40 Jahren!!) und auch unterstützt, allein die Umsetzung getraut sich keiner. Dabei ist die Idee hinter diesen Forderungen nicht nur eine Idee von theoretisierenden Gesundheitsphilosophen, sondern hat handfeste Hintergründe.

Viele Leistungen, die heute auf Facharzt-Ebene erbracht werden, könnten beispielsweise verstärkt auf die Allgemeinmediziner-Ebene umverteilt werden. Auf Facharzt-Ebene könnten viele Leistungen durch niedergelassene Fachärzte wohnortnah, statt zentral durch das Krankenhaus erbracht werden. Eine solche Leistungsverschiebung funktioniert allerdings nur, wenn es möglich wird, ärztliche Leistungen effektiv und integrativ zu steuern. Ein einfaches Instrument dazu sind Hausarztmodelle – der Hausarzt als Patientenlotse. Dort, wo diese eingeführt wurden, sind die Fallkosten um 13 % gesunken. Da in Österreich ein hohes Maß an Intransparenz über die Finanzierungsströme existiert, kann nur grob geschätzt werden, aber mit rund 500 Millionen Euro pro Jahr netto Einsprungspotential liegt man sicher konservativ.

Im Verhältnis zu Dänemark, Niederlande, Deutschland, Italien, Finnland, Frankreich geben wir in Österreich 20 % mehr Geld für ambulante Leistungen aus, obwohl wir auch die meisten Krankenhausaufenthalte haben. Wir liegen also sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung über dem Durchschnitt! Da es eigentlich keine andere Erklärung gibt, muss man annehmen, dass es entweder da oder dort zu unnötigen aber bezahlten Leistungen kommt. Ohne es jemals nachweisen zu können, denn dazu fehlt wegen der fehlenden Dokumentation und hochgradigen Intransparenz jegliche Datenbasis, würde eine Reduktion der unnötigen Leistungen zu einer Netto-Einsparung von 10 % führen ohne dass es jemand merkt – das wären etwa 400 Millionen Euro pro Jahr netto.

Viele der in Österreich stationär erbrachten Leistungen werden anderswo ambulant bzw. tagesklinisch erbracht. Für 400 000 stationäre Patienten, würde wahrscheinlich die Versorgung durch einen niedergelassenen Arzt ausreichen. Für weitere 250 000 Patienten könnten vermutlich in einer dem Krankenhaus angeschlossenen Tagesklinik versorgt werden. Ambulant bzw. tagesklinisch erbrachte Leistungen kosten etwa 35 bis 40 % weniger pro Fall, als die vollstationäre Variante. Pro Fall ist, grob geschätzt, mit einer Netto-Einsparung von 300 Euro zu rechnen – das wären 200 Millionen Euro pro Jahr netto.

Derzeit ist es unmöglich, genau festzuhalten, welche Quantitäten des überdurchschnittlich langen und häufigen Liegens alter Menschen im Krankenhaus wirklich wegen medizinischer (und krankenhauspflichtigen) Ursachen, und welche ausschließlich wegen extramuraler Pflegeengpässen entstehen. Ein nicht unwesentlicher (Mit)Grund hierfür dürfte auch die Tatsache sein, dass man im Krankenhaus nur etwa 3 % Selbstbehalt hat, während extramural alle Leistungen zwischen 38 % und 66 % Selbstbehalt aufweisen. Am Ende kann man aber von mindestens 10 000 Betten (die ca. 1,7 Milliarden Euro kosten) ausgehen, die eigentlich keine Akutbetten sind, sondern als Pflegebetten gebraucht bzw. missbraucht werden. Die Patienten in diesen Betten lassen sich ganz grob in zwei Gruppen teilen: In jene, die nach dem

Krankenhausaufenthalt zu Hause mobil versorgt werden (über entsprechende Dienste oder Verwandte), und jene, die in ein Pflegeheim kommen. Bei den mobil Versorgten kann man von Kosten in der Höhe von 35/40 Euro pro Tag ausgehen, bei jenen in Heimen von 75 Euro. Im Vergleich dazu kostet der Tag im Krankenhaus je nach Abteilung 200 bis 600 Euro. Selbst wenn man nur 100 Euro pro Tag netto einsparen kann, würde das 300 Millionen Euro pro Jahr ausmachen.

Aus Krankenhäusern politischen Profit zu schlagen, ist hochattraktiv. Das hat „überhöhte Kosten“ zur Folge. Die durchschnittlichen gesamten Personalkosten pro Krankenhaustag betragen 2005 in Österreich ca. 260 Euro. Nimmt man 290 Euro als obere Schwelle (also etwa ein 10 % Spielraum nach oben), und für die Universitätskliniken 400 Euro, und würden alle Krankenhäuser diese Schwellwerte nicht übertreten, wären die KH um etwa 100 Millionen Euro billiger. Die durchschnittlichen Betriebskosten pro Krankenhaustag betragen in Österreich ca. 127 Euro. Nimmt man 140 Euro als obere Schwelle (also etwa ein 10 % Spielraum nach oben), und für die Universitätskliniken 200 Euro, und würden alle Krankenhäuser diese Schwellwerte nicht übertreten, wären die KH um etwa 140 Millionen Euro billiger – Zusammen wären das 240 Millionen Euro pro Jahr netto.

Allein diese kleine Aufzählung von „systembedingter Verschwendung“ lässt das oftmals zitierte 20 % Einsparungspotential wenigstens auf den ersten Blick durchaus real wirken: Um das einzusparen, müssten sich jedoch 9 Länder und 60 bis 100 Spitalsbetreiber, die Gesundheitspolitiker mit ihren Behörden und Machtkomplexen, Kompromisse mit denen des Sozialbereichs und alle gemeinsam mit den Pensionsversicherungen und Krankenkassen (denn die Pflege muss man ja strikt von der Prävention und Rehabilitation trennen, zumindest in Österreich!) und dem Gesundheitsministerium und mit privaten Hilfsvereinen und mit Ärztekammern und bald auch mit der Interessensvertretung der Therapeuten und wem sonst noch eingehen. Und alle müssten sich darüber einig sein, wie man erspartes Geld aufteilt, wer mehr kriegt, wer weniger! Ein zynischer gordischer Knoten. Bevor man etwas von der eigenen Macht abgibt, oder zuließe, der andere könnte mächtiger werden, bleibt alles so wie es ist. Der Steuerzahler bzw. Beitragszahler wird das schon zahlen. Bei solchen Summen mutet die Diskussion über die 24-Stunden-Betreuung richtig lächerlich an.

Und das ist nur die finanzielle Seite. Würde man bei der Qualität genauer schauen, kämen auch so manche Dinge zu Tage, die wohl gar nicht in das Bild des weltbesten Gesundheitssystems passen. So wurde in den letzten Wochen bekannt (und auch bald wieder vergessen), dass wieder ein Kind an den Komplikationen einer Mandeloperation gestorben ist, und wenn man den Medien glauben schenken will, dann war es innerhalb eines Jahres das sechste Kind – das ist sehr viel. Verglichen mit einem internationalen Schnitt starben in Österreich im letzten Jahr 20 Mal mehr Kinder an einer Mandeloperation. Will man den Vergleich mit Italien antreten, dann sind es sogar 60 Mal mehr. Der Grund für eine so hohe Sterblichkeit bei Mandeloperationen ist in der wissenschaftlichen Literatur wohl bekannt. Während in Italien Mandeloperationen nur von geübten Spitalsärzten durchgeführt werden, ist es in Österreich weitgehende Praxis, dass Konsiliarärzte oder Assistenzärzte die Mandeln entfernen. In Studien konnte allerdings belegt werden, dass diese Ärztegruppen eine doppelt so hohe Nachblutungsrate, die gefährlichste Komplikation der Mandeloperation, aufweisen, als geübte Spitalsärzte. Die Reaktion, Kinder länger im Krankenhaus liegen zu lassen, um eine Nachblutung besser zu beherrschen, ist im Übrigen auch eine gute Idee. Mehr als 80% aller Nachblutungen treten innerhalb der ersten 4 Stunden nach der Operation auf. Ebenfalls klar erkannt wurde, dass sowohl die tagesklinische als auch die stationäre Behandlung die gleichen Resultate erbringt. Wenn man an das Kind denkt und die psychische Belastung, die jede stationäre Behandlung nach sich zieht, dann ist die Entscheidung für die tagesklinische Behandlung eigentlich logisch. Wenn man gefährliche Nachblutungen vermeiden will, dann sollte man andere Maßnahmen setzen, als den Krankenhausaufenthalt von Kindern zu

verlängern. Als erstes muss die Zahl der Operationen sinken. In Italien werden nur 11 Operationen pro 10 000 Einwohner durchgeführt. In Österreich sind es 67. Kann es sein, dass in Österreich zu schnell zum Messer gegriffen wird? Nach Ansicht einiger Experten, ja! Der Grund, warum so schnell und oft operiert wird, liegt daran, dass die Mandeloperation überall angeboten und unter dem Schlagwort der wohnortnahen Versorgung gefördert wird. Und vermutlich auch, um Krankenhausstandorte zu sichern!

Leider ist zu sagen, dass es nicht nur die Mandeloperationen sind, die Auffälligkeiten im Vergleich zu internationalen Zahlen aufweisen. Als vor einiger Zeit bekannt wurde, dass im Einzugsgebiet einzelner Krankenhäuser auffallend mehr Blinddarmoperationen durchgeführt wurden als in jedem anderen österreichischen Krankenhaus, gab es eine Welle der Empörung. Nicht gegen die Krankenhäuser oder Operateure, sondern gegen die, die das aufgedeckt hatten.

Österreich hat also nicht nur ein finanzielles Problem, sondern auch ein qualitatives. Wenn jemand solche Dinge anspricht, dann versteckt man sich hinter der Ausrede „die Zahlen stimmen doch alle nicht“. Intransparenz ist ein hervorragendes Instrument zur Herstellung und Bewahrung von Illusionen.

Wesentlicher Grund für diese Situation ist die österreich-eigene Definition der Gesundheitsversorgung. Jede Säule der Gesundheitsversorgung (Prävention, ambulante/stationäre Akutbehandlung, ambulante/stationäre Rehabilitation, ambulante/stationäre Pflege, ambulante/stationäre Palliation) besitzt eine eigene Definition, die nicht aufeinander abgestimmt ist oder einer gesamthaften Definition unterstellt ist. Allein diese Situation würde ausreichen, ein desintegriertes Gesundheitssystem zu fördern. Dazu kommt jedoch noch, dass jede der Säulen durch eine Vielzahl von zumeist verfassungsmäßig festgelegten Kompetenzen geregelt wird, also eine erhebliche und gesetzlich fixierte Zersplitterung der Kompetenzen im Gesundheitssystem anzutreffen ist. Diese Kompetenzaufteilung führt dazu, dass jeder Teilbereich sich selbst als System mit eigenen Steuerungs- und Finanzierungsregeln definieren darf und sich damit gegen andere Teilbereiche abschottet. Insbesondere die Transparenz wird durch diese Subsysteme zur Absicherung der eigenen Machtkomplexe massiv bekämpft, um einen Überblick über das Geschehen nicht zu ermöglichen oder sich nicht von den „anderen“ „in die Karten“ schauen zu lassen. Die Folge dieser Abschottung ist die Unmöglichkeit, die Teilbereiche so aufeinander abzustimmen, dass sie im Zusammenspiel ein effizientes, leistbares und steuerbares Gesundheitssystem darstellen können. Damit wird ein unflexibles und teures System fixiert, das sich zudem der Effektivitätskontrolle entzieht und daher leicht als „das beste Gesundheitswesen der Welt“ bezeichnet werden kann.

Dass es massive Probleme gibt, sieht man in letzter Zeit vor allem, weil die Pflegeversorgung offenbar nicht mehr funktioniert. Eine ebenfalls zynische Situation. Immerhin werden aus Prestige Gründen Unmengen in den Krankenhäusern verschwendet. Ein Bruchteil dieser verschwendeten Mittel würde reichen, die Pflege als solidarisch finanzierte Leistung zu finanzieren. Solange jedoch die Pflege nicht als Teil der Gesundheitsversorgung verstanden wird, wird das auch nicht geschehen und genau so lange werden wir die demütigende und menschenverachtende Diskussion darüber führen, wer die Pflege bezahlen muss. Klar ist die Eröffnung eines „topmodernen Krankenhauses auf allerhöchstem Niveau“ viel attraktiver als die Eröffnung eines Pflegeheimes. Aber ist es auch menschlicher?

Unabhängig, welche Reformen angegangen werden, wenn sie nicht damit beginnen, dass diese Machtkomplexe gezwungen werden, sich einer modernen Definition der Gesundheitsversorgung zu unterwerfen, zu der auch die Pflege gehört, dann werden die Erfolge ausbleiben und man wird mit den Konsequenzen leben müssen. Nur wenn es zu einer umfassenden und in der Verfassung festgeschriebenen Definition der Gesundheitsversorgung kommt, können die einzelnen Sektoren so aufeinander abgestimmt werden, dass sie effizient

ineinander greifen. Nur wenn es nicht mehr zu einer gegenseitigen Kostenzuschiebung kommt, kann es zu Steuerungsmöglichkeiten kommen, mit denen eine realistische Chance besteht, die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung zu garantieren.

Von den Reförmchen zur Reform

Bisherige Reformansätze waren davon geprägt, dass sie stets die sogenannten „wohlerworbenen“ Rechte der einzelnen Akteure berücksichtigt haben. Eigentlich sind es in der Regel nur die Sozialversicherungen, Länder und Ärztekammern, die hier Berücksichtigung gefunden haben. Wer die aktuelle Diskussion über die Zusammenlegung der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern verfolgt, der kann diese Machtkomplexe und ihre Machtentfaltung unmittelbar erkennen. In diesen Verhandlungen ist das Interesse der anderen potentiellen Akteure, also der Patienten oder der nicht-ärztlichen Berufsgruppen, ja selbst der gewählten Volksvertreter (Regierung) eigentlich belanglos. Man geht einfach davon aus, dass das österreichische Sozialversicherungssystem ein historisch gewachsenes ist und daher jeder Reformansatz auf die Besonderheiten dieses Systems abzustellen sein wird. Doch nicht nur die SV berufen sich auf historisch gewachsene Strukturen, sondern auch die Länder. In der Verfassung ist festgehalten, dass die Organisation der Gesundheitsversorgung der Hoheit der Länder obliegt und der Bund nur eine Art „machtlose“ Aufsicht darstellt. Aus dieser Situation wird abgeleitet, dass jedes Land „sein“ System entwerfen darf. Gemein ist allen, dass sie ihre Machtkomplexe retten wollen, ob es für die Gesundheitsversorgung gut ist oder nicht. In diesem Umfeld ist eine Reform immer zum Scheitern verurteilt, wenn sie nicht auf dem Weg zur Reform ein breit akzeptiertes und von allen getragenes Ziel hat. Das Ziel muss so transparent sein, dass keine Interessensvertretung, sei sie offiziell oder nur realpolitisch mächtig, dagegen opponieren kann. Der erste Schritt zu einer Reform kann daher nur die Zieldefinition sein. Was will eigentlich das österreichische Gesundheitssystem? Es ist dringend nötig, dass auch das österreichische Gesundheitssystem endlich eine moderne Definition der Gesundheitsversorgung in den Gesetzen verankert.

In einem breit aufgesetzten Meinungsbildungsprozess, der transparent abzulaufen hat und nicht hinter verschlossenen Türen von den etablierten Gruppen abgehalten werden darf, muss eine für alle Österreicher – für die, die das Gesundheitssystem bezahlen, genau so wie für die, die davon profitieren – tragfähige Zieldefinition entstehen.

- (1) In dieser Definition muss festgehalten werden, ob alle präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen, gesundheitserhaltenden, pflegenden oder palliativen Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die sich mit Krankheiten, Symptomen oder Verhaltensstörungen, die ein Individuum aufweist, seien sie körperlich, seelisch, inklusive der zellulären und genetischen Information, den Strukturen oder Funktionen des Körpers oder eines Teils des Körpers befassen, zur Gesundheitsversorgung gehören.
- (2) Es muss festgehalten werden, nach welchen Kriterien ausgewählt wird, welche dieser Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen Teil des Gesundheitssystems sind und welche zu einem anderen Versorgungssystem gehören. Es muss festgehalten werden, wer unter welchen Umständen diese Auswahl treffen darf
- (3) Es muss festgehalten werden, ob der Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten soll, und nach welchen Kriterien festgestellt werden kann, ob dieses Ziel erreicht wird. Es muss festgehalten werden, wer unter welchen Umständen diese Feststellung treffen darf.

- (4) Es muss festgehalten werden, ob das Gesundheitssystem komplett oder teilweise solidarisch finanziert werden soll und wie viel Geld (ob gedeckelt oder offen) dafür zur Verfügung gestellt werden soll, und woher es kommt.
- (5) Es muss festgehalten werden, wer in welcher Form Anspruch hat, ausgewählte Leistungen durch ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem zu erhalten.

Wenn diese Definition erstellt wurde, dann muss sie in der Verfassung verankert werden, idealerweise über eine Volksabstimmung. Die Aufteilung in die Säulen Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung, wie sie die WHO definiert, sollten nicht in die Zieldefinition übernommen werden, um sich nicht bereits in der Zieldefinition auf Schienen setzen zu müssen. Diese Aufteilung ist aus praktischen Gründen durchaus sinnvoll, inhaltlichen jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht notwendig. Die Aufteilung in Säulen ist die Frage der Organisation und Kompetenzverteilung.

Wenn es gelingen soll, eine wirkliche Reform durchzuführen, dann wird man nicht umhin kommen, die dargestellten fünf Grundsätze zu bearbeiten und die Reform auf ihnen aufzubauen.

Ein visionäres und gerechtes Gesundheitssystem

Es soll nun ein Gesundheitssystem entworfen werden, das auf folgenden Grundsätzen aufbaut.

- (1) Alle präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen, gesundheitserhaltenden, pflegenden oder palliativen Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die sich mit Krankheiten, Symptomen oder Verhaltensstörungen, die ein Individuum aufweist, seien sie körperlich, seelisch, inklusive der zellulären und genetischen Information, den Strukturen oder Funktionen des Körpers oder eines Teils des Körpers befassen, gehören zur Gesundheitsversorgung und stehen im Interesse der Öffentlichkeit. Daher sind sie auch durch die demokratisch legitimierten Vertreter der Öffentlichkeit zu regeln.
- (2) Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen der Gesundheitsversorgung, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt werden kann, sind Teil des öffentlichen Gesundheitssystems. Ein nationales, unabhängiges, wissenschaftliches und transparent arbeitendes Public-Health-Institut, das in enger Zusammenarbeit sowohl mit den Universitäten, als auch den politischen Entscheidungsträgern festlegt, welche Leistungen zur Gesundheitsversorgung gehören und welche anderen Bereichen (z. B.: Wellness, Arbeitswelt, soziale Prävention und Reintegration etc.) zuzurechnen sind. Die Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems werden in Katalogen geführt, die in englischer und deutscher Sprache im Internet publiziert werden müssen.
- (3) Alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems sind rund um den Patienten und entlang dem Verlauf von Krankheiten zu organisieren, damit Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten. Die dazu notwendige wissenschaftliche Grundlage liefert das nationale Public-Health-Institut, die Organisation erfolgt durch das öffentliche Gesundheitssystem, die Kontrolle, inwieweit das System integriert funktioniert, erfolgt anhand von Indikatoren, die durch das nationale Public-Health-Institut aufgestellt und erhoben werden. Die Indikatoren müssen im Internet publiziert werden.
- (4) Durch politische Entscheidung wird auf Bundesebene festgelegt, welcher Anteil der Steuereinnahmen des Bundes für die Gesundheitsversorgung ausgegeben wird. Entsprechend den vorhandenen Mitteln sind alle damit finanzierbaren

Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems der Bevölkerung über das öffentliche Gesundheitssystem zur Verfügung zu stellen. Sollten nicht alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems, die in den veröffentlichten Katalogen geführt werden, durch die festgelegten Mittel finanzierbar sein, ist durch die Vertreter der Öffentlichkeit so dezentral wie möglich eine Priorisierung vorzunehmen oder die Mittel der Gesundheitsversorgung regional zu erhöhen.

- (5) Alle durch Steuern finanzierte Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems sind unabhängig vom Alter und Einkommen in gleicher Qualität mit dem gleichen und niederschweligen Zugang zu gewähren.

Diese Grundsätze des österreichischen Gesundheitswesens sind in der Verfassung zu verankern und in allen betreffenden Gesetzen einzupflegen. Das Ziel dieser Grundsätze ist klar, die wesentlichen strategischen Entscheidungen für die Steuerung und Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems in die Hand der demokratisch legitimierten Organe zu legen und dabei Interventionen auf undemokratischen Wegen (über Lobbyisten, Kammern oder Gewerkschaften) hintanzuhalten. Um gegenüber dem Steuerzahler den vernünftigen Einsatz der Steuergelder garantieren zu können, werden die Inhalte und Details der Versorgung auf eine transparente und wissenschaftliche Basis gestellt. Da die Ausgestaltung des Gesundheitswesens damit auf demokratischen Füßen steht, ist eine Reform des Gesundheitswesens immer soweit möglich, soweit der Souverän dies zulässt. Damit sind die Fragen, was ein Gesundheitssystem kosten darf, unerheblich, bzw. kann durch den Souverän eine Vorgangsweise zur Festlegung der Aufwendungen als % BIP vorgegeben werden. Wert ist darauf zu legen, dass Transparenz hergestellt ist und der Souverän wirklich entscheiden kann. Eine solche Vorgangsweise führt klarerweise zu einer großen und umfassenden Strukturreform.

Von den vielen zu dem einen Geldgeber

Die Finanzströme des österreichischen Gesundheitssystems sind überaus verworren und undurchschaubar. Der Grund für diese Situation ist in den historisch gewachsenen Strukturen zu suchen, die seit hundert Jahren nicht mehr durchforstet wurde. Wie kurios diese Entwicklung ist, kann allein schon daran erkannt werden, dass die Berechnung der Gesamtausgaben – also wie viel gibt Österreich wirklich für die Gesundheitsversorgung aus – beinahe unmöglich ist. Laut den OECD-Angaben für das Jahr 2004 waren es 9,6 % des BIP davon 29 % Selbstbehalte, im Jahr 2005 dann 10,2 % des BIP und „nur“ mehr 25 % Selbstbehalte. Hier werden Milliarden-Euro-Beträge von verschiedenen Geldgebern und Geldnehmern hin und her geschoben und niemand weiß genau, woher und wohin. Bei genauer Betrachtung aber kann man erkennen, dass es nur einen Geldgeber gibt: den Bürger. Die Unzahl an „scheinbaren“ Geldgebern sind im Wesentlichen Interessensgruppen, die aus welcher Legitimation auch immer heraus, ihre ursprüngliche Rolle als Verwalter gegen die Rolle der Geldgeber eingetauscht haben. Das Selbstverständnis hat sich von der hochmoralisch motivierten Einstellung, für die Bürger das Geld zu verwalten, zum Selbstverständnis, das eigene Geld für sie auszugeben, verändert. Im Lauf der Zeit hat sich ein „Eigentumsanspruch“ auf die Beiträge und Steuern entwickelt. Eine solche Entwicklung ist zwar verständlich, aber dennoch nicht zu rechtfertigen. Klar ist, dass das Prinzip „wer zahlt, schafft an“ stärker ist als jede moralische Bindung, und dass mit der Wandlung vom Verwalter zum Geldgeber, die Idee, dass sich eigentlich die Bevölkerung auf Basis eines demokratisch gefundenen Konsenses solidarisch gegeneinander die Gesundheitsversorgung sicherstellt, verloren gegangen ist. Heute sind es also vor allem die Machtkomplexe, die „ihr eigenes“ Geld ausgeben und nicht mehr Bürger, die ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem wollen. Jede Änderung des Gesundheitssystems hat zur Folge, dass sich

diese virtuellen „Eigentumsverhältnisse“ ändern oder auch nur ändern könnten. Daher reagieren diese Machtkomplexe auch vollkommen verständlich auf jede Änderung so, als ob man sie bestehlen möchte. Dass ein solches Finanzierungssystem jedoch in allen Untersuchungen als ineffizient beschrieben wird und damit eigentlich Diebstahl am Bürger darstellt, wird entweder verdrängt oder nicht einmal überlegt. Eine Reform des Gesundheitssystems muss also tief in diese österreichischen Strukturen mit ihren hunderten „Schein-Geldgebern“ und 4000 Finanzierungswegen eingreifen. Der einzige Weg, bei dem alle gleichmäßig verlieren und es gleichzeitig wieder eine Junktimierung der eigentlichen Geldgeber mit den eigentlichen Verwaltern geben kann – und damit die „Schein-Geldgeberei“ beendet wird –, ist die Finanzierung aus einer Hand. Solange mehrere „Geldgeber“ existieren, wird die klare Tendenz, dass diese in Abgrenzung zueinander aus den Augen verlieren, was sie sind – von der Bevölkerung beauftragte Funktionäre, die mit dem solidarisch zur Verfügung gestellten Geld das Beste für die Bevölkerung zu machen haben –, bestehen bleiben. Eine Gleichbehandlung der Bevölkerung wird jedenfalls nicht daraus entstehen. Wäre das möglich, dann müsste man sich fragen, warum es so viele unterschiedliche Geldgeber geben muss.

Ein demokratisiertes und steuerfinanziertes System

Ausgehend von den oben festgehaltenen Grundsätzen soll die Finanzierung des Gesundheitssystems hinkünftig aus einer und einer eindeutigen Hand erfolgen. Jene Hand, die das Geld für die öffentliche Aufgabe der Gesundheitsversorgung ausgibt, muss es auch einnehmen. Und der einzige, der dafür in einer modernen Demokratie eine entsprechende Legitimation hat, ist die öffentliche Hand. Dazwischengeschaltete „Schein-Geldgeber“, egal welchen Titel sie sich geben, werden aus Finanzierungsgeschäften abgezogen, bestehende Strukturen dieser „Schein-Geldgeber“ einer anderen Funktion zugeführt. Dieser Weg der Finanzierung bedeutet daher ganz klar, dass die heutigen Sozialversicherungsträger aus der Finanzierungsrolle in der Gesundheitsversorgung abgezogen werden und diese Teile der öffentlichen Hand übergeben. Alle Beiträge, die aktuell für die Sozialversicherungen für die Gesundheitsversorgung eingehoben werden, müssen abgeschafft werden. Im Bereich der Gebiets-Krankenkassen (also bei den ASVG-Versicherten) ist dies noch leicht möglich. Deutlich schwieriger wird es, wenn man die Beiträge, die die Pensionsversicherung für Rehabilitation aufwendet, aus dem ASVG-Pensionssystem herauslösen muss, insbesondere in den Bereichen, wo die Pensionsversicherung freiwillig die Kosten für die Gebietskrankenkassen übernimmt. Und vermutlich noch etwas komplizierter wird es bei den Sondersicherungsträgern, den sogenannten kleinen Kassen (den Eisenbahnern, den Bauern, den Gewerbetreibenden), die immer schon Komplettanbieter im Sozialbereich waren. Auf Seiten der Länder und Gemeinden, die ebenfalls als Scheingeldgeber aufgetreten sind und „Wahlzuckerl“ verteilen, müssen alle eigenen Finanzmittel, die für die Gesundheitsversorgung aufgewendet werden, aufgelistet werden – dazu gehört ganz wesentlich auch der Bereich Pflege, der üblicherweise den Sozialabteilungen untergeordnet ist. Ebenfalls dazu gehören auch alle Rettungs- und Notarztstrukturen und die Mittel, die für die Verwaltung ausgegeben werden und auch für Forschung und Entwicklung und für Projekte – schlicht alles, was unter den Titeln Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliation ausgegeben wird, ob als Investitionsausgaben oder als Betriebsausgaben. Auf Seiten der Privatanbieter, insbesondere dort wo karitative Gelder oder Privatvermögen eingesetzt werden, wie es bei den Ordenshäusern (seien es Krankenhäuser oder Pflegeheime) üblich ist, müssen alle Geldströme gemeldet werden. Dort, wo hinkünftig die öffentliche Hand bezahlen soll, sollten „Privatgelder“ nicht mehr eingesetzt werden müssen. Es gibt genug soziale Probleme, wo diese Gelder besser eingesetzt werden könnten! Um es kurz zu fassen: Will man die Finanzierung aus einer Hand, dann muss es zu einem großen Kassensturz kommen, in dem alle heute existierenden Finanzströme der

Gesundheitsversorgung endgültig und belegt zusammengefasst sind, – um im nächsten Augenblick auf immer abgeschafft zu werden.

Im zweiten Schritt müssen diese „Einnahmenverluste“ durch Bundessteuern kompensiert werden. Wie diese Kompensation stattzufinden hat, ob es zu einer Erhöhung von direkten oder indirekten Steuern kommt, welche sozialen Komponenten eingebaut werden oder welche Schwerpunkte gesetzt werden sollen, wird in der Entscheidung der Politik liegen – dort gehört sie hin. Dass so eine Veränderung nur gegen beinahe unüberwindbaren Widerstand zu erreichen sein wird, ist klar. Nichtsdestotrotz, muss es das Ziel sein, dass am Ende der Reform, egal wie lange diese Umstellung dauert, ausschließlich Steuergelder für das öffentliche Gesundheitssystem verwendet werden.

Der Bund zahlt alles – die Gemeinden geben alles aus

Ausgangspunkt der Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems sind die Gesamtsteuereinnahmen des Bundes, unabhängig ob diese Einnahmen aus direkten oder indirekten Steuern stammen. Durch die Umstellung auf ein bundessteuerfinanziertes System kann die maximale Einnahmenverbreiterung erreicht und das Risiko auf die gesamte Volkswirtschaft verteilt werden. Ein solchermaßen steuerfinanziertes Gesundheitssystem hat damit die am besten kontrollierbaren Möglichkeiten, ein gerechtes System zu sein, in dem auf soziale Ausgewogenheit Rücksicht genommen wird. Unabdingbar ist, dass auf Bundesebene ein möglichst breiter politischer Konsens gefunden werden kann, wie die Gesamtsteuerlast verteilt und welcher Anteil dieser Steuereinnahmen für das öffentliche Gesundheitssystem bereitgestellt wird. Diese Konsensfindung kann nur durch parlamentarische Spielregeln gesteuert werden. Es wird also von der jeweiligen Regierung und ihren parlamentarischen Mehrheiten abhängen, wie viel Geld zur Verfügung steht, und woher dieses Geld kommen muss. Wenn das einmal beschlossen wurde, dann ist damit die Aufgabe des Parlaments beendet. Für eine tiefer gehende Beteiligung an der Organisation der Gesundheitsversorgung ist ein so zentrales und hohes Gremium nicht geeignet. Sehrwohl jedoch wieder bei der Qualitätskontrolle.

Nachdem durch das Parlament die Einnahmenseite demokratisch festgelegt ist, gilt es nun, die Ausgabenseite zu reformieren. Die Auszahlung der Gelder des solidarisch finanzierten Systems hat ebenfalls ausschließlich durch die öffentliche Hand zu erfolgen. Um die erwünschte Demokratisierung zu erreichen, muss das aber so dezentral wie möglich erfolgen. Die operativen Entscheidungen innerhalb des Gesundheitssystems müssen regionalisiert werden.

Die dezentralsten und kleinsten demokratischen Einheiten in Österreich sind die Gemeinden und daher der Bevölkerung – dem Souverän – am nächsten. Da in den Grundsätzen der Verfassung festgehalten wird, dass die Versorgung integriert funktionieren und zudem jedem Einzelnen den gleichen und niederschweligen Zugang ermöglichen soll, sind die Gemeinden wie geschaffen, die öffentliche Gesundheitsversorgung zu organisieren. Da die Gemeinden aber als einzelstehende Organisationseinheiten meist oder oft zu klein sind, um eine abgestufte und funktionierende Gesundheitsversorgung aufzubauen, sind mehrere Gemeinden in Gesundheitsregionen zusammenzufassen, die gemeinsam für die Versorgung der Bevölkerung zuständig werden. Die Bildung dieser Gesundheitsregionen muss entsprechend der realen Versorgungssituation und nicht nach Bundesländergrenzen gebildet werden. Selbst die Bezirksgrenzen sind vermutlich nicht geeignet, die realen Patientenströme abzubilden, sind sie doch zu Zeiten gezogen worden, als die politische Realität und der damit verbundene Verwaltungsaufwand ganz anders waren. Die Bildung dieser Gesundheitsregionen hängt nur von zwei Parametern ab. Von den Patientenströmen, die heute bestehen und von der Einwohnerzahl, die groß genug sein muss, um eine funktionierende, abgestufte, wohnortnahe und integrierte Gesundheitsversorgung aufbauen zu können. Entsprechend der

wissenschaftlichen Literatur dürfte die ideale Größe irgendwo bei 100 000 bis 200 000 Einwohnern liegen. Wie groß im Endeffekt diese Regionen sein werden, wird die Politik zu sagen haben. Wichtig ist nur, dass die Regionen nicht nach politischen Grenzen, sondern nach Patientenströmen festgelegt werden. Wenn es nicht gelingt, die starren innerösterreichischen Grenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung zu öffnen, wird es auch nicht gelingen, die operativen Entscheidungen zu regionalisieren. Dort, wo die Gemeinden zu groß sind, was eigentlich nur in Wien und eventuell noch in Graz der Fall ist, muss man regional überlegen, wie die Gesundheitsregionen gebildet werden sollen.

Die Gesundheitsregionen stellen die kleinste Einheit des Gesundheitssystems dar. Jede Planung wird auf diese Regionen abgestellt. Es ist heute bereits abzusehen, dass insbesondere in den Grenzregionen zwischen den Bundesländern eine Zusammenarbeit von Gemeinden in verschiedenen Bundesländern notwendig wird. Ob diese Zusammenarbeit dezentral organisiert wird, oder ob es auf Bundesländerebene eine Zwischenebene geben soll, wird Thema von politischen Verhandlungen sein müssen. Für den Bund, als Vertreter aller Steuerzahler des solidarischen österreichischen Gesundheitssystems bleiben die Regionen jedenfalls die kleinsten Organisations- und Finanzierungseinheiten. Die ewige und aus der Sicht des Patienten in der Regel unwürdig geführte Diskussion über Gastpatienten (also Patienten des einen Bundeslandes, die in einem anderen Bundesland behandelt werden) ist dadurch beendet. Sollte es bundesländerübergreifend zu Patientenströmen kommen – und davon ist auszugehen – ist das dann nur mehr Sache der Regionen und nicht mehr der Bundesländer. Und da die Finanzierung aus einer Hand erfolgt, kann das Prinzip „Geld folgt Leistung“ endlich auch in die Realität umgesetzt werden.

Die Verteilung der durch das Parlament festgesetzten Bundesmittel auf die Gesundheitsregionen wird nicht über den Verhandlungsweg erfolgen, sondern anhand von demographischen, epidemiologischen und sozioökonomischen Daten. Das bedeutet, dass jede Gesundheitsregion entsprechend der Anzahl der Einwohner und von ökonomischen Daten, einen bestimmten Betrag erhält. Der Betrag richtet sich nach dem Alter, dem Geschlecht, besonderen Krankheitsverläufen, so sie in der Region gehäuft auftreten, sowie regionalen Kaufkraftunterschieden. Die Daten dazu müssen nach wissenschaftlichen Regeln transparent erstellt werden. Jede Region erhält auf diesem Weg das gleiche Gesundheitsbudget, mit dem die Gesamtversorgung – von der Prävention über Kuration, Rehabilitation Palliation bis hin zur Pflege – zu organisieren ist. Die politischen Entscheidungsträger dieser Region, also in der Regel Bürgermeister, werden so im Sinne einer öffentlichen Gesundheitsversorgung zu regional verantwortlichen Monopoleinkäufern von Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems. Sie stehen den regionalen Anbietern dieser Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen gegenüber. Es bleibt der Region überlassen, ob sie diese Leistungen selbst erbringt oder von dritten „zukauf“. Dritte können in diesem Zusammenhang sowohl unternehmerisch tätige Anbieter (z. B. Hilfsorganisationen, privat Pflegeheime) als auch öffentliche Anbieter (z. B. Landeskrankenhäuser) sein. Jede Gesundheitsregion wird sich selbst die Frage stellen müssen, wo sie am wirtschaftlichsten „einkaufen“ können, ob sie die Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen selbst erbringen oder von Dritten erbringen lassen. Gleichgültig wie die Entscheidung auch ausfällt, Geld wird der Leistung folgen, ob die Leistung selbst erbracht oder woanders zugekauft wird. Ausschließlich die Universitätskliniken werden von dieser Organisation ausgenommen und direkt vom Bund geführt werden. Über die Finanzierung der Universitäten und ausschließlich darüber kann eine Finanzausgleichsverhandlung geführt werden.

Sollte eine Region mit den zur Verfügung gestellten Budgetmitteln nicht auskommen, sind dezentral die Einnahmen zu erhöhen (durch regionale Steuern oder Selbstbehalte). Keinesfalls darf es zu einer „Verschiebung“ der Kosten zu anderen kommen – denn der Geldgeber ist grundsätzlich immer der Gleiche – der Steuerzahler, dessen Interessen von der

Bundesregierung wahrgenommen werden. Daher wird es seitens der Bundesregierung auch möglich sein, Regionen, die Schulden anhäufen – ein Phänomen, das in einem umlagefinanzierten Gesundheitssystem eigentlich nicht auftreten soll – zu zwingen, diese Schulden durch regionale Steuern zu decken. Die Steuerhoheit der Regionen in der Gesundheitsversorgung ist also nicht als absolut zu verstehen, sondern kann sich nur in vom Bund vorgegebenen und gesetzlich durchsetzbaren Rahmenbedingungen bewegen. Sollte es zu einem Eingreifen des Bundes in eine Region unter dem Titel der Finanzierung kommen, ist dieser Eingriff jedoch nur unter Einbindung des Rechnungshofes und einem möglichen Anrufen des Verwaltungsgerichtes denkbar. Jedenfalls muss verhindert werden, dass einzelne Regionen regional entstandene Schulden auf die Gesamtbevölkerung oder eine andere Gesundheitsregion abwälzen können.

Durch die Regionalisierung der Budgetverantwortung wird das wichtigste Steuerungselement einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung aktiviert – die Demokratie. Es wird den demokratisch funktionierenden Kontrollmechanismen in den Gemeinden obliegen, wie mit „ihrem“ Geld umgegangen wird. Eine Schuldzuweisung auf eine andere „höhere“ Ebenen wird hoffentlich damit endgültig der Vergangenheit angehören. Auch wenn wissenschaftlich belegt ist, dass man mit diesem Steuerungsinstrument eine geringere Effizienz erreichen kann, als dies am „freie Markt“ möglich wäre, ist es die einzige Möglichkeit, ein so komplexes System, wie ein Gesundheitssystem auf lange Sicht sozial verträglich zu steuern. Bei dieser Art der Finanzierung werden die heute üblichen Selbstbehalte, die maßgeblich der Finanzierung dienen, unnötig geworden sein. Alle heutigen generellen offenen und versteckten Selbstbehalte sind sofort abzuschaffen.

Durch die vorgeschlagene Finanzierung ist es möglich, die Effizienz so stark zu erhöhen, dass die heute eingesetzten Mittel noch lange ausreichen. Es wird möglich, das 20 %ige Einsparungspotential, das im heutigen System versickert, so umzuleiten, dass eine reale Chance besteht, die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung trotz der demographischen Falle zu retten. Wenn ein Konsens erzielt werden kann, dass man das erreichen will, dann werden die Reformschritte zwar viele liebgewonnene Strukturen aufbrechen und viele Gruppen werden stark an Macht verlieren – doch ist es das jedenfalls wert!

Von der Intransparenz zur Transparenz

Die Intransparenz, die im österreichischen Gesundheitswesen heute existiert, ist erstaunlich. Intransparenz ist eine der besten politischen Instrumente, um die Machtpositionen von Interessensgruppen aufrecht zu erhalten. Daher besteht im heutigen österreichischen Gesundheitssystem, das geradezu geprägt ist vom direkten politischen Einfluss von Einzelpersonen und Interessensvertretungen, keine gesteigerte Freude über die Erhöhung der Transparenz. Ohne diese jedoch wird ein neues System nie funktionieren! Daher ist die anzustrebende Reform bezüglich der Transparenz des Systems mindestens so wichtig, wie die Finanzierung aus einer Hand.

Anders als bei der Umstellung der Finanzierung wird es bei der Einführung der Transparenz vermutlich auf Seiten der heutigen Machtkomplexe nur Verlierer geben, der sichere und klare Gewinner ist die Bevölkerung, also der Souverän, und der Patient. Und weil in der realpolitischen Situation dadurch enorme Widerstände zu erwarten sind, kann die Einführung transparenter Strukturen nur dann gelingen, wenn von vornherein klar ist, wer der Herr der Transparenz ist. Es ist jetzt schon absehbar, dass viele Inhaber solcher Machtkomplexe ihren Einfluss geltend machen wollen und darauf achten werden, dass in ihrem eigenen Bereich die Transparenz so gering wie möglich bleibt. Um das hintanzuhalten, kann Transparenz nur internationale Publizität bedeuten. Wer vor der Welt sein inneres darlegt, der wird darauf achten, dass das, was man zeigt, schön ist und vor der Weltöffentlichkeit bestehen kann. Doch bereits hier sei erwähnt, dass eine solche Kontrolle nur dann funktioniert, wenn der qualitativ

hochstehende Medizin-Journalismus, den es in Österreich leider noch nicht gibt, seiner Aufgabe im Bereich der Informationsweitergabe gerecht wird, und sich nicht in dramatischen Einzelschicksalen verliert. Kein Gesundheitssystem der Welt kann so gut sein, dass solche Einzelschicksale vermieden werden. Daran jedoch die Qualität eines Gesundheitssystems zu messen, ist unmoralisch und führt zu unsinnigen politischen Reaktionen.

Ein modernes Dokumentationssystem

Egal wie transparent ein System gedacht wird, es wird scheitern, wenn die Datenqualität unzureichend ist. In Österreich ist sie so unzureichend, dass man fast sagen kann, es gibt nicht einmal eine Datenqualität. Es gibt bei den niedergelassenen Ärzten eine Unzahl an Leistungskatalogen – pro Krankenkasse etwa einen –, die in ihrem Aufbau untereinander nicht vergleichbar sind. In den Spitalsambulanzen gibt es manchmal einen solchen Katalog, manchmal nicht. In der Pflege werden Leistungen fallweise über Stunden, fallweise über Einzelleistungen aufgezeichnet. Ein ähnliches, vielleicht etwas undurchschaubareres System besteht bei den Therapeuten. Ob es in jeder Berufsgruppe überhaupt Leistungsaufzeichnungen gibt, entzieht sich unserer Kenntnis. Es besteht also ein undurchschaubares Aufzeichnungssystem bezüglich der Leistungen, ganz abgesehen davon, dass man eigentlich nicht weiß, welche dieser Dokumentationen nicht erheblich von ökonomischen Eigeninteressen „geprägt“ ist. Genau genommen weiß man eigentlich nicht, was in der Gesundheitsversorgung geleistet wird. Noch wirrer wird es, wenn man die Diagnosedokumentation betrachtet. Die einen machen es, aber nur handschriftlich und mit eigener Wortwahl, andere verwenden den ICD 10, einige den ICD 9, aber nur für den eigenen Gebrauch, andere eine „Österreichvariante“ eines internationalen Dokumentationssystems. Die systematische Aufzeichnung wesentlicher Informationen für einige Patientengruppen, wie die Fähigkeit, die Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewältigen, sozioökonomische Bedingungen, Arbeitssituation etc. gibt es nicht einmal im Ansatz; angeblich aus Datenschutzgründen. Andererseits werden Daten gesammelt, die irgendwo in irgendwelchen Kellern verschwinden und zu einer stumpfsinnigen Bürokratie führen. Wenn man es genau betrachtet, weiß man eigentlich nicht, wie es der österreichischen Bevölkerung gesundheitlich geht. Auf so einer Datenbasis kann eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung nicht errichtet werden. Daher sind Maßnahmen nötig, die einerseits die Datenerhebung standardisieren, andererseits sicherstellen, dass die Datenqualität ausreicht.

Als Grundlage der Dokumentation sind daher in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung internationale Standards verpflichtend einzuführen. Diese Verpflichtung geht über die Diagnosedokumentation weit hinaus, die jedoch endgültig und verpflichtend endlich einzuführen ist. Die Dokumentation muss alle Daten enthalten, die man braucht, um beobachten zu können, ob der Patient seine ihm zustehende richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle erhält. Je nachdem, welche Kennzahlensysteme zur Beobachtung des Gesundheitssystems eingeführt werden, sind daher eine Vielzahl weiterer Daten nötig. Es muss durch das Ministerium für alle Dienstleister des öffentlichen Gesundheitssystems festgelegt werden, welche Daten zu dokumentieren sind. Um die Dokumentationsarbeit jedoch in sinnvolle Bahnen zu lenken, muss jede zu erhebende Zahl transparent begründet werden, warum sie dokumentiert werden muss und was mit diesen Zahlen geschehen soll. Bei der Erstellung der Datenanforderungen ist daher die Vorlage eines Datenverwendungskonzepts durch das Ministerium Pflicht. Zudem muss garantiert sein, dass das erhobene Datenmaterial auch nachweislich verwendet wird. Daten, über die nicht unter Veröffentlichung des gesamten Datenmaterials (natürlich entsprechend den Datenschutzbestimmungen und unter Wahrung absoluter Anonymität der Patienten!) berichtet wird, dürfen auch nicht erhoben werden. Die Zeit der Datenfriedhöfe muss vorbei sein.

Ist die Standardisierung der Dokumentation noch verhältnismäßig einfach aufzusetzen, ist die Sicherung der Datenqualität bedeutend schwieriger. Um das zu erreichen, bieten sich zwei Wege an, die man jedoch kombinieren muss. Einer ist, dass ausschließlich jene Daten verlangt werden, die die Beobachtung des österreichischen Gesundheitssystems in einem internationalen Kontext ermöglichen. Dabei müssen die Daten international vergleichbar sein. Da das noch nicht reicht, um die Datenqualität zu sichern, ist der zweite Weg vermutlich wichtiger. Um die Datenqualität kontrollieren zu können, muss der Patient seine gesamten Daten jederzeit einsehen und selbst vergleichen können. Das ist nur möglich, wenn es zur Einführung einer lebensbegleitenden elektronischen Gesundheitsakte kommt, die von jedem Internetzugang aus, vom Patienten abgerufen werden kann. Der Patient muss die Gelegenheit erhalten, über seinen Gesundheitszustand selbst oder mit Hilfe einer anderen Person zu recherchieren. Einzig der Patient besitzt die absolute Datenhoheit – und niemand sonst. Kein Arzt, keine Sozialversicherung und auch kein Politiker hat das Recht dem Patienten Informationen vorzuenthalten. Daher muss die e-Card so weiterentwickelt werden, dass sie ähnlich dem elektronischen Bankverkehr oder der elektronischen Unterschrift, dem Patienten diesen Zugang jederzeit ermöglicht. Alle Leistungserbringer sind verpflichtet, entsprechend den festgelegten Standards (die auch leicht verarbeitbare Kodierungen enthalten) ihre Diagnosen und Leistungen in dieser elektronischen Gesundheitsakte zu dokumentieren. Neben den entsprechenden Codes muss der Leistungserbringer in freien Textfeldern seine Diagnosen und Leistungen für den Patienten in leicht verständlicher Form erläutern – ähnlich einem Kurzarztbrief. Für die Beobachtung des Gesundheitssystems werden in anonymisierter Form nur jene Daten verwendet, die standardisiert sind. Die Textfelder dienen dem Verständnis des Patienten. Die Dokumentation und die Datenqualität sind fixer Bestandteil der Leistungserbringung – wenn die Datenerfordernisse nicht erfüllt werden, wird die Leistung auch nicht bezahlt.

Um das zu ermöglichen, ist eine fundierte e-Health-Strategie zu entwickeln und umzusetzen. Die Entwicklung dieser Strategie ist von politischen Einflüssen frei zu halten und hat sich nach den wissenschaftlichen Erfordernissen zu richten. Es kann nicht sein, dass einzelne Interessensvertreter im eigenen Interesse diese Strategie zu eigenen Gunsten abändern.

Ein nationales und transparent arbeitendes Public-Health-Institut

Ausgehend von den oben festgehaltenen Grundsätzen muss erstens offen gelegt werden, welche Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen (inklusive der erforderlichen Qualität, mit der das zu geschehen hat) durch das öffentliche Gesundheitssystem bezahlt werden sollen und zweitens kontrolliert werden, ob die Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten. An diesen beiden Themen kristallisiert sich die Frage der Transparenz und Intransparenz. Solange eines der beiden Themen nicht klar, nachvollziehbar und für alle verständlich offen dargelegt ist, wird es immer wieder jemanden geben, der gegen die Realität entweder behauptet, alle erhalten alles oder die Versorgung sei Spitzenmäßig. Und um diese beiden Themen hat sich nur eine Institution zu kümmern – ein nationales, unabhängiges, wissenschaftliches und transparent arbeitendes Public-Health-Institut. So wie in allen modernen Gesundheitssystemen sollte eigentlich auch in Österreich die Einrichtung eines Public-Health-Instituts, das frei von tagespolitischen oder parteipolitischen Einflüssen jene Grundlagen schaffen kann, möglich werden. Es ist klar, dass Politiker in einer funktionierenden Demokratie nicht immer Gesundheitsexperten sein können. Genommen wäre es sogar ein Zeichen fehlender Demokratie, wenn die politischen Entscheidungsträger immer solche Experten wären. Die Expertokratie ist ein Zeichen der Planwirtschaft, die in der Regel nichts mit Demokratie zu tun hat. Nichtsdestotrotz, gibt es ab einem unbestimmten Detaillierungsgrad in der operativen Umsetzung keine andere Möglichkeit, richtige Entscheidungen zu treffen, als sich auf Experten bzw. Profis zu

verlassen. Der Himmel wird nicht grün, nur weil Politiker es so wollen. Das nationale Public-Health-Institut, soll den politischen Entscheidungsträgern jene wissenschaftlichen Informationen aufbereiten können, die sie brauchen, ihre Entscheidungen zu treffen. Damit ist die Rolle des Institutes klar. Es geht nicht darum, Entscheidungen zu fällen, sondern Entscheidungsgrundlagen zu erarbeiten. Es geht darum, das österreichische Gesundheitssystem von eminentenbasierten auf evidenzbasierte Entscheidungen umzustellen.

Ein transparentes und evidenzbasiertes Kennzahlensystem

Der Bund hat Sorge zu tragen, dass alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems rund um den Patienten und entlang dem Verlauf seiner Krankheiten organisiert werden, damit jeder Patient zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhält. Mit anderen Worten ist es Aufgabe des Bundes, ein Kontrollsystem zu entwerfen, anhand dessen die Bevölkerung und die Patienten feststellen können, ob die Region in der sie leben, eine integrierte Versorgung organisiert oder aber desintegrierte Strukturen vorliegen. Für diese Art der Kontrolle wurde in den letzten Jahrzehnten durch die Forschung eine Fülle von Kennzahlen entwickelt. Angefangen bei den sehr einfachen Kennzahlen wie Anzahl der Ärzte pro Einwohner, oder Erreichbarkeit einer Versorgungseinrichtung in soundsovielen Minuten bis hin zu so komplexen wie Behandlungsbeginn seit Auftreten von Beschwerden (ein unglaublich wichtiger Wert z. B. in der Schlaganfallversorgung), Anzahl der Komplikationen bei bestimmten Operationen oder Patientenzufriedenheitsmessungen. Diese Kennzahlen können Aussagen darüber treffen, wie das Gesundheitssystem funktioniert. Richtig funktionieren kann so ein System von Kennzahlen jedoch nur, wenn die Kennzahlen zu nationalen als auch internationalen Vergleichen im Rahmen von Benchmarkingprogrammen herangezogen werden können. Erst die internationale Vergleichbarkeit gewährt, dass es nicht zu einem „braten im eigenen Saft“ kommt. Die Erstellung und Wartung im Auftrag des Bundes ist eine weitere wesentliche Aufgabe des Public-Health-Instituts. Bei der Erstellung und Wartung sind ebenfalls transparente und wissenschaftlich akzeptierte Methoden anzuwenden, jeder Schritt muss über das Internet auf Englisch und Deutsch publiziert werden. Am Ende dieses Prozesses steht ein durch das Ministerium autorisierter Gesundheitsbericht, der die gesamten Erfolge und Misserfolge, Probleme und Lösungen jeder einzelnen Gesundheitsregion abbildet. Auch dieser Bericht muss im Internet auf Englisch und Deutsch publiziert werden. So kann sich jeder Einwohner selbst überzeugen, wie seine Region funktioniert und im Bedarfsfall auf die politischen Entscheidungsträger einwirken, Maßnahmen in die eine oder andere Richtung zu setzen. Und der Bund kann, wenn er anhand der Kennzahlen feststellt, dass es regional grobe Abweichungen gibt und die regionalen Entscheidungsträger nicht in der Lage sind, eine integrierte und qualitativ gesicherte Versorgung umzusetzen, Maßnahmen einleiten, diese Situation zu verbessern. Nur so kann der Bund als letztverantwortlicher politischer Entscheidungsträger den an sich autonom agierenden Gesundheitsregionen bei groben Verstößen gegen die Grundsätze des österreichischen Gesundheitssystems eindeutige Vorschriften machen, wie sie ihre Versorgung zu organisieren haben. Keinesfalls darf es dazu kommen, dass fehlender politischer Wille oder Populismus auf regionaler Ebene dazu führt, das Leib und Leben der Einwohner gefährdet werden.

Ein einheitlicher, evidenzbasierter Leistungskatalog und eine transparente Kostenberechnung

Der Bund als legitimer Interessensvertreter des Souveräns hat zu entscheiden, welche Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen der Gesundheitsversorgung zuzurechnen sind und welche davon in den Katalogen des öffentlichen Gesundheitssystems aufgenommen werden.

Die Entscheidung, was der Gesundheitsversorgung zuzurechnen ist, ist eigentlich nicht die Aufgabe von Politikern oder Interessensvertretern, sondern von Wissenschaftern. Tagespolitisch beeinflusste Entscheidungen bei dieser Entscheidung können nicht funktionieren. Daher ist es wichtig, dass die Entscheidungen auf Basis gut vorbereiteter Grundlagen getroffen werden. Jeder Schritt der Entscheidungsvorbereitung muss über das Internet auf Englisch und Deutsch publiziert werden, um zu verhindern, dass es zu Interventionen kommt. Bei der Zulassung als eine Leistung der Gesundheitsversorgung ist besonders darauf zu achten, dass die Leistung insbesondere in ihrer Qualität so beschrieben ist, dass sie einerseits nachvollziehbar eine gute Qualität aufweist und zweitens, dass durch sie nachmessbare Ziel erreicht werden wollen – also welche Ergebnisqualität angestrebt wird. Leistungen, die keinen Nutzen im Sinne der Gesundheitsversorgung haben, sind auch nicht in die Gesundheitsversorgung aufzunehmen. Der Gesamtkatalog kann daher nur aus Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen bestehen, die einen nachweisbaren Nutzen haben. Da die Erstellung einer solchen Aufzählung noch nicht automatisch mit einer Finanzierung aus Steuergeldern zusammenhängt, werden vermutlich jedoch keine allzu großen Diskussionen entstehen.

Anders jedoch wird es sich verhalten, wenn es darum geht, aus all den Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen jene auszuwählen, die Teil des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems werden sollen. Auch wenn mehr oder weniger gut informierte Politiker gern selbst festsetzen würden, welche Leistung gut für die öffentliche Gesundheit ist, und auch wenn dabei sogar manchmal durchaus etwas herauskommt, ist die Sache, vom wissenschaftlichen Aspekt betrachtet, doch meistens eher populistisch und oft auch nur Geldverschwendung. Sei es, dass Vorsorgeprogramme gestartet werden, die höchstens als Wahlwerbung taugen, oder medizinische Leistungen in die öffentliche Finanzierung aufgenommen werden, deren Wirksamkeit esoterischer Natur ist. Im Rahmen der Reform wird es hier klar zu Veränderungen kommen müssen.

Ziel ist es, dass ein durch das Ministerium autorisierter Katalog aller Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind, veröffentlicht wird. Um das tun zu können, braucht das Ministerium Entscheidungsgrundlagen für drei Fragen:

1. Was wird wie oft anfallen?
2. Was würde es kosten, wenn alles finanziert würde?

Sollten die Kosten geringer sein, als die durch das Parlament zur Verfügung gestellte Summe, dann kann man Ersparnisse anlegen, sind die Kosten höher und keine Ersparnisse da, auf die man zurückgreifen kann, dann wird man wohl oder übel eine Auswahl treffen müssen – damit steht als dritte Frage im Raum:

3. Was davon soll ich mir leisten?

Um diese Entscheidungen zu ermöglichen, muss es eine wissenschaftliche Grundlage geben. Als erstes müssen die Mengengerüste prognostiziert werden. Man muss die Zahl der bedarfsgerechten Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die entsprechend der Epidemiologie zu erwarten wären, abschätzen. Die Schätzung kann nur auf Basis epidemiologischer Studien erfolgen. Man muss also auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse versuchen, eine Prognose abzugeben, welche Krankheiten oder Symptome, die eine Dienstleistung, Aktivität oder Beratung aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung nach sich ziehen, in Österreich in der Zukunft wie oft auftreten werden. Solche Schätzungen bauen auf zwei Schritten auf:

- (1) Es muss klar festgelegt werden, für wen die Leistung in welcher Form (z. B.: ambulante Kataraktoperation) erbracht werden soll. Eine Herzuntersuchung wird man

wohl nur dann benötigen, wenn der Patient Herzprobleme hat. Es muss daher für jede der Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen der Gesundheitsversorgung eine „Zielgruppe“ geben. Die Festlegung der Zielgruppe muss durch den Leistungsanbieter (sei er privat oder öffentlich) erfolgen. Dafür muss er auf seine eigenen Kosten entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen vorlegen. Das klingt jetzt etwas kompliziert, ist aber bereits heute der übliche Weg. Denken wir nur an das Zulassungsverfahren von Medikamenten oder medizinischen Geräten.

- (2) Es muss abgeschätzt werden, wie viele Patienten aus den verschiedenen Zielgruppen entstehen werden und auch wie viele Patienten die Leistung in Anspruch nehmen werden. Diese Zahl wird beeinflusst durch die Demographie und regionale Krankheitshäufigkeiten (die ihrerseits wieder von verschiedenen Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit u. ä. beeinflusst sein kann). Diese Zahlen müssen im Public-Health-Institut erarbeitet werden.

Auf diesen beiden Punkten aufbauend kann man nun die zu erwartende Mengengerüste abschätzen. Durch die Einbindung demographischer und geographischer Informationen sind diese Mengengerüste nicht nur in einer österreichweiten Pauschalsumme abzuschätzen, sondern können auch pro Gesundheitsregion dargestellt werden. Damit kann auch auf regionale Besonderheiten Rücksicht genommen werden (z. B. auch auf Patientenströme durch Tourismus).

Hat man die Mengengerüste, ist es der nächste Schritt, auszurechnen, was das Ganze kosten könnte. Man muss also eine sogenannte flexible PLAN-Kostenrechnung durchführen. Dafür sind folgende Schritte nötig:

- (3) Es müssen eindeutige Vorschriften entwickelt werden, welche Kostendaten (Kostenarten und Kostenstellen) in welcher Form und in welcher Detaillierung pro Leistung aufgestellt werden müssen. Zudem sind auch Platzhalter vorzusehen, die auf regionale Bedingungen (z. B. unterschiedliche Kaufkraft, höhere Vorhalteleistungen durch dünne Besiedelung etc.) Rücksicht nehmen können. Die Vorschriften sind gesetzlich so zu verankern, dass jedem Österreicher die Möglichkeit offen steht, über den Verwaltungsgerichtshof Einspruch gegen diese Vorschriften zu erheben.
- (4) Pro Leistung ist dann anhand der prognostizierten Mengengerüste auf Versorgungsebene auszurechnen, mit welchem Aufwand man rechnen muss. Und da es sich bei der Gesundheitsversorgung um eine öffentliche Aufgabe handelt, ist bei der Erstellung dieser Rechnungen ein volkswirtschaftlicher Ansatz zu wählen.

Diese Vorschriften und Rechnungen müssen zwar nach transparenten und international akzeptierten Methoden erstellt werden, trotzdem ist diese Aufgabe direkt im Ministerium anzusiedeln. Die Erstellung dieser Vorschriften und die Berechnungen sind über das Internet auf Englisch und Deutsch zu publizieren.

Wenn es nun zu dem sehr wahrscheinlichen Fall kommt, dass mit den parlamentarisch fixierten Mitteln nicht alle alles erhalten können, wird es nötig sein, aus den Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen der Gesundheitsversorgung jene auszuwählen, die durch das öffentliche Gesundheitssystem bezahlt werden sollen. Will man hier nicht politische Willkür walten lassen, müssen objektive und nachvollziehbare Regeln aufgestellt werden, auf welche Weise diese Auswahl stattfinden muss. Der einzige Weg dazu ist es, die Leistungen auf ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis zu prüfen und festzulegen, dass bei knapper werdenden Mitteln die Priorisierung auf Basis des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der einzelnen Leistung erfolgt. Dieser Weg führt über zwei Schritte:

- (1) Politische Festlegung einer Public-Health-Strategie, die anhand transparenter und international akzeptierter Methoden klar festhält, was als Kosten und was als Nutzen

einer Dienstleistung, Aktivität oder Beratung der Gesundheitsversorgung einander gegenübergestellt werden muss.

- (2) Publikation des Gesamtkatalogs aller Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen der Gesundheitsversorgung unter Angabe, ob sie öffentlich finanziert wird und welche Priorität sie im Gesamtsystem haben.

Die Anfertigung solcher Prioritätenlisten auf Basis der politisch festgelegten Strategie muss durch das Public-Health-Institut durchgeführt werden.

Am Ende dieses Prozesses steht ein durch das Ministerium autorisierter für ganz Österreich gültiger Katalog aller Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind. Der Katalog wird für die zu finanzierenden Leistungen zudem klare epidemiologische Aussagen pro Gesundheitsregion enthalten und pro Leistung eine Plankostenkalkulation auf Basis von den Kostenrechnungsvorschriften des Bundes darlegen. Dieser Katalog dient als Tarifkatalog des öffentlichen Gesundheitssystems. Er stellt den Kern der Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems dar, der eine an den vorhandenen Ressourcen ausgerichtete Leistungsangebotsplanung sowohl für die einzelne Gesundheitsregion, als auch für das ganze Bundesgebiet ermöglicht.

Von den unfassbaren zu den fassbaren Geldströmen

Selbst Eingeweihte und Kenner des österreichischen Gesundheitssystems sind immer wieder überrascht darüber, wohin manche Geldströme fließen. Und da es von den zahlreichen Geldgebern, ob nun „Schein-Geldgeber“ oder echte, eine Fülle von verschiedenen Geldströmen zu den Leistungserbringern gibt, ist klar, dass jeder, der aus dem System Geld haben will, es auch bekommen kann – er muss nur lange genug suchen, bis sich eine Quelle auftut – tun wird sie es immer. Für den Patienten ist diese Situation nicht weiter hinderlich, wird er doch von diesen Strömen weitgehend fern gehalten, und sei es nur, in dem man ihm mitteilt, das österreichische Gesundheitssystem ist nicht nur das „weltbeste der Welt“, sondern zudem auch kostenlos. Der Patient soll nicht „belastet“ werden mit den schnöden Geldströmen. Andere, Berufenere werden sich darum schon kümmern. Für den eigentlichen Geldgeber, den Beitrags- und Steuerzahler, ist diese Art der Undurchsichtigkeit allerdings auf Dauer keine Lösung. Zwar hat es offenbar in Österreich Tradition, seine Geldgeschäfte über mehrere Stellen und Stiftungen möglichst zu verschleiern, als nachhaltig konnte sich keine dieser Konstruktionen erweisen. Die „Selbstbedienung“, die im heutigen System möglich ist und existiert, ist weder im Sinne der Verfassung, noch im Sinne des Geldgebers, sondern nur im Sinne von wenigen Einzelinteressenten.

Aufbauend auf der Bereinigung der Geldgeber und der Umstellung auf die Finanzierung aus einer Hand, aufbauend auf der Einführung wissenschaftlich fundierter Leistungskataloge und einem Kennzahlensystem, das es jedem, der sich dafür interessiert, erlaubt, festzustellen, ob seine Gesundheitsregion gut oder schlecht funktioniert, können all diese „unfassbaren“ Finanzströme trockengelegt, oder wenigstens auf ein wieder erträgliches Maß zurückgedrängt werden.

Für die zukünftigen Geldströme muss das gesamte Gesundheitssystem, egal ob es sich um Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege oder Palliation handelt, in die Bereiche stationärer und ambulanter Versorgung aufgeteilt werden. Eine stationäre Versorgung ist immer dann gegeben, wenn der Patient länger als 24 Stunden Aufenthalt in einer Einrichtung hat, gleichgültig ob es sich um ein Krankenhaus, ein Pflegeheim oder eine Reha-Zentrum handelt. Als ambulante Versorgung gilt jede Behandlung, die unter 24 Stunden Aufenthalt fordert, ob sie nun in einer Spitalsambulanz, einer Tagesklinik, einer Gruppenpraxis, einer Einzelpraxis oder beim Patienten zu Hause erfolgt.

- Für die Finanzierung der stationären Behandlung ist die Gesundheitsregion zuständig. Die stationäre Versorgung erfolgt nach dem sogenannten Sachleistungsprinzip. Der Patient hat also Anspruch auf eine stationäre Versorgung (aus jedem Bereich: Kuration, Rehabilitation und natürlich auch Pflege), die Gesundheitsregion hat die stationäre Versorgung vorzuhalten und zu bezahlen. Der einzelne Bürger einer Gesundheitsregion hat mit den Geldströmen in der stationären Versorgung nicht unmittelbar zu tun. Seine Gesundheitsregion organisiert die stationäre Versorgung und wickelt den Geldverkehr für ihn ab.
- Im gesamten ambulanten Bereich (auch in den Spitalsambulanzen!) wird hingegen vom Sachleistungsprinzip auf das Geldleistungsprinzip (Kostenerstattung!) umgestellt und das „Wahlarztsystem“ (im Bereich der ambulanten Pflege, physikalischen Medizin und Hospizbetreuung ist das „Wahlarztsystem“ ohnehin bereits selbstverständlich, es gibt hier kaum so etwas wie eine „niedergelassene Kassen-Krankenschwester“) eingeführt. Der Patient hat also keinen Anspruch auf eine Dienstleistung, sondern Anspruch auf Rückerstattung des öffentlichen Tarifs, wenn er eine Dienstleistung in Anspruch nimmt – egal bei welchem ambulanten Dienstleister. Die Versorgungsregion hat bei der Umstellung vom Sachleistungsanspruch auf den Rückerstattungsanspruch daher auch keine Verpflichtung, ambulante Versorgung vorzuhalten. Die Planstellen der Krankenkassen gehören so der Vergangenheit an. Die Erwerbsfreiheit der Leistungsanbieter und die Wahlfreiheit des Patienten, die von allen Politikern und Interessensgruppen immer wieder gelobt wird, kann endlich Realität werden. Um jedoch den Bargeldverkehr und die Bürokratie so gering wie möglich zu halten, wird die Bezahlung nicht direkt erfolgen, sondern über die e-Card. Der Patient erhält quasi ein virtuelles Konto, das von seiner Gesundheitsregion geführt wird. Von diesem Konto wird, über die e-Card des Patienten, der offizielle Tarif, wie er im vom Ministerium autorisierten Katalog enthalten ist, in voller Höhe (also 100 %) direkt an den Leistungserbringer bezahlt – und zwar monatlich und nicht mehr Quartalsweise.

Sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich sind die Gesundheitsregionen für den Geldverkehr verantwortlich. Sie hat als einzige Stelle die Auszahlung der öffentlichen Gelder vorzunehmen. Über diese Gebarung ist jährlich ein Bericht im Internet zu publizieren – in einer Form, die für jeden verständlich ist.

Selbstbehalte werden zu monetären Anreizsystemen

Selbstbehalte sind nur sinnvoll, wenn sie als Steuerungsinstrument eingesetzt werden und das können sie nur, wenn es eine Public-Health-Strategie und eine Finanzierung aus einer Hand gibt. Mit den Reformschritten ist das nun möglich. Selbstbehalte als Finanzierungsinstrument sind unseres Erachtens in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem, das noch dazu als Staatsaufgabe definiert ist, nicht tragbar. Daher sind alle heutigen offenen und versteckten Selbstbehalte und Gebühren sofort abzuschaffen – auch und vor allem in der Pflege, die zukünftig gleichwertiger Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sein soll.

An die Stelle der heutigen Selbstbehalte sind monetäre Anreizsysteme einzuführen. Da es nicht um die Finanzierung geht, sondern um Steuerung, trotzdem aber über diese Systeme „Einnahmen“ lukriert werden, ist also eine Finanzierungskomponente zu erwarten. Um einen Missbrauch, wie sie schleichende Selbstbehalte darstellen könnten, zu verhindern, ist daher eine Obergrenze von 20 % der Gesamteinnahmen gesetzlich festzulegen und soll in der Realität deutlich darunter liegen. Die Selbstbehalte werden also gegenüber heute deutlich gesenkt (um wie viel ist nicht abschätzbar, da aktuell gar nicht errechnet werden kann, wie

hoch der Selbstbehaltsanteil tatsächlich ist. Vermutlich liegt er zwischen 25 und 35 % der Gesamtausgaben).

Bei der Einführung monetärer Anreizsysteme sind einige Aspekte zu beachten, die Grundvoraussetzung sind, sollte so ein System als Steuerungsinstrument wirksam sein.

- (1) Monetäre Anreizsysteme müssen die Leistungserbringer und Leistungsempfänger dazu bringen, die Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems, vernünftig (bedarfsorientiert) zu konsumieren, um angebots- oder nachfragegetriggerte Überbeanspruchnahme hintanzuhalten.
- (2) Monetäre Anreizsysteme müssen so ausgerichtet sein, dass sie durch den einzelnen, direkt beeinflusst werden können. Es darf dabei keine „Fremdbestimmung“ geben, wie sie beispielsweise bei der e-Card-Gebühr der Fall ist.
- (3) Monetäre Anreizsysteme wirken nur, wenn sie unmittelbar zum Einsatz kommen. Das bedeutet, dass es zu realen Geldströmen unmittelbar im Anschluss an die Erbringung einer Dienstleistung kommen muss – eine Verrechnung erst Monate später oder per Erlagschein zeitigt keine Steuerungseffekte.

Beachtet man diese drei Punkte, dann werden die eingesetzten Instrumente steuern. Lässt man einen außer Acht, dann wird auch ein monetäres Anreizsysteme früher oder später zu einem Finanzierungsinstrument.

Ausgangspunkt und Berechnungsgrundlage der monetären Anreizsysteme ist der durch das Ministerium autorisierte, für ganz Österreich gültige Katalog aller Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen. Dieser Katalog dient als Tarifikatalog des öffentlichen Gesundheitssystems. Jeder Einwohner hat grundsätzlich Anspruch auf einen Kostenersatz in der vollen Höhe dieser Tarife, unabhängig ob die Leistung durch einen Privaten oder öffentlichen Leistungsanbieter bezogen wird.

Bonus-Malus-Systeme

Bonus-Malus-Systeme sind Autofahrern seit langem bekannt. Sie eignen sich auch im Gesundheitswesen, dem Einzelnen zu helfen, Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems bewusst zu konsumieren. Wesentlich bei einem Bonus-Malus-System in der Gesundheitsversorgung ist jedoch, dass sie nur dort eingesetzt werden, wo der Einzelne wirklich selbst bestimmen kann und nicht durch „Unfälle“ oder andere Faktoren fremdbestimmt ist. Diese Bereiche, die der Patient wesentlich selbst bestimmen kann, treffen im besonderen Maße bei den sogenannten Zivilisationskrankheiten oder Volkskrankheiten zu.

Im Wesentlichen funktionieren die Bonus-Malus-Systeme im Gesundheitswesen ebenso wie die im Autoversicherungswesen. Die Schwierigkeit im Gesundheitswesen besteht jedoch in der Zielvereinbarung mit dem Patienten. Beim Auto sagt man einfach, jeder Schaden, der gemeldet wird, verändert die Bonus oder Malus-Stufe. Eine so klare Aussage ist in der Gesundheitsversorgung nicht möglich. Um Krankheiten oder Symptome auszuwählen, die in ein Bonus-Malus-System fallen, müssen diese wissenschaftlich sehr gut beschrieben sein. Zudem muss ein Krankheits-Risikomodell existieren, das Risikofaktoren aufweist, die vom Patienten selbst direkt beeinflusst werden können und sich maßgeblich auf den Krankheitsverlauf auswirken.

Wenn man beispielsweise dick ist und sich nicht bewegt, dann gilt als gesichert, dass man ein so und so größeres Risiko hat, Diabetiker zu werden, als wenn man schlank ist und sich sportlich betätigt. Nimmt man ab und betreibt etwas Sport, dann sinkt das Risiko. Dick und unbeweglich sein ist also ein Risikofaktor, der vom Patienten selbst beeinflusst werden kann und sich maßgeblich auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Ein anderes Beispiel wäre Rauchen und Lungenkrankheiten. Krankheiten jedoch, für die keine Risikomodelle existieren oder

dessen Risikofaktoren nicht durch den Patienten selbst zu beeinflussen sind, sind nicht geeignet um in ein Bonus-Malus-System aufgenommen zu werden.

Ebenfalls ungeeignet im Sinne eines Public-Health-Ansatzes sind jene Krankheiten, die nur einen kleinen Teil der Gesundheitsversorgung ausmachen. Die Diskussion, ob man für Risiko-Sportarten eine „Sonderabgabe“ einführen soll oder nicht, ist als populistisch zu verwerfen. Die Ausgaben für jene wenigen, die ihre Sportart dermaßen riskant ausüben, dass sie in ihren Folgen mehr kostet, als die sportliche Bewegung für die Gesundheit bringt, sind zwar vorhanden, aber bestimmt im Vergleich zu den Volkskrankheiten unbedeutend. Würde man jedoch eine solche „Sonderabgabe“ einführen, besteht vielmehr die Gefahr, dass man Menschen von körperlicher Bewegung abhält. Und mangelnde Bewegung ist nun einmal die wichtigste Ursache für fast alle Volkskrankheiten.

Die Programme sind durch das Public-Health-Institut auf Basis evidenzbasierter Erkenntnisse zu entwerfen. Folgende Bonus-Malus-Systeme sollten eingeführt werden:

- Bonus-Malus-System in strukturierten Präventionsprogrammen für Adipositas, metabolisches Syndrom, Hypertonie, Brustkrebs, Nikotinabusus, Alkoholabusus, regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen.
- Bonus-Malus-System in strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programme-DMP) für Diabetes Mellitus Typ 2, Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Koronare Herzerkrankungen, Asthma Bronchiale.

Um solche Bonus-Malus Modelle umsetzen zu können, gilt es sicherzustellen, dass der Patient über diese Modelle informiert ist. Dazu braucht es neben klaren und umsetzbaren Programmen, auch eine Struktur, die die Patienten und Leistungserbringer informiert. Nur wenn man davon ausgehen kann, dass die Bevölkerung flächenmäßig über diese Programme informiert ist, kann man davon ausgehen, dass Bonus-Malus-Systeme einen steuernden Effekt haben. Die Information muss auf der Ebene der Gesundheitsregionen erfolgen. Durch den Wegfall vieler Strukturen im Bereich der Finanzierung (also im Wesentlichen der Krankenkassen) werden jene Ressourcen und Kompetenzen frei, die eine solche Information in die Bevölkerung tragen können. Im Konkreten sollen also die Strukturen der Krankenkassen in solche „regionale Informationszentren“ umgewandelt werden. Es ist seit langem so, dass die Krankenkassen in Fragen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung näher sind als die Politik.

Um den steuernden Effekt von Bonus-Malus-Systemen zu erzielen, ist es unabdingbar, direkte Geldflüsse zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger, also beispielsweise Arzt und Patienten, zu erzeugen. Es ist nötig, dass der Patient beispielsweise Bargeld ausbezahlt bekommt, wenn er bonuswürdig ist. Bonuswürdig sind alle Patienten, die die im Rahmen der Programme vereinbarten Ziele erreichen, und beispielsweise abnehmen, weniger rauchen etc. Die Informationen, die nötig sind, um solche Bonus-Malus-Systeme zu gestalten, sind auf der e-Card und dem elektronischen Gesundheitsakte zu notieren – das betrifft insbesondere die Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient.

Im täglichen Ablauf soll ein solches Programm derart organisiert sein, dass im Rahmen von Bonus-Malus-Systemen die offiziellen Tarife virtuell erhöht oder erniedrigt werden. Je nachdem, um welches Programm es sich handelt, werden dadurch Zuzahlungen oder Rückzahlungen direkt nach der Leistungserbringung fällig. Die Frage, welche Leistungen davon betroffen sind – ob beispielsweise ein genereller Selbstbehalt auf alle ambulanten Leistungen oder auf ambulante und stationäre Leistungen oder nur auf die mit der Krankheit verbundenen Leistungen einzuführen ist – muss im Rahmen der Entwicklung der Programme beantwortet werden und sich danach richten, welchen Steuerungseffekt man erzielen kann. Dort, wo keine Steuerung erzielt werden kann, sind Bonus-Malus-Systeme als Finanzierungsinstrument zu werten und daher sofort abzuschaffen.

Pay-for-Performance-Modelle

Pay-for-Performance-Modelle richten sich ausschließlich an den ambulanten Bereich, der hinkünftig nicht mehr über „Vorhaltekapazitäten“ geregelt sein wird. Es ist also wichtig, im ambulanten Bereich ein Steuerungsinstrument einzusetzen, damit dort jene Leistungen in jener Quantität und zu jener Qualität erbracht werden, die die Gesundheitsregion erwartet. Diese Funktionsweise ist einem Bonus-Malus-Modell nicht unähnlich. Wesentlichster Unterschied ist, dass die Zielvereinbarung nicht zwischen Patient und ambulantem Dienstleister, sondern zwischen Gesundheitsregion und ambulantem Dienstleister aufgestellt werden.

Die Zielvereinbarung richtet sich nach den Kennzahlen, an denen die Gesundheitsregion gemessen wird. Pay-for-Performance-Modelle orientieren sich also am offiziellen evidenzbasierten Kennzahlensystem, wie es durch das Ministerium erlassen wird. Da es eine Fülle von solchen Kennzahlen geben wird, besteht in der Region ein hoher Grad an Flexibilität, welchen Schwerpunkt man legen will, bzw. welche Kennzahlen eine Maßnahme erfordern. Diese Kennzahlen zeigen beispielsweise die Zahl der Patienten, die an den Behandlungsprogrammen und Präventionsprogrammen teilnehmen, oder die Zahl ambulant erbrachter Leistungen, statt stationär erbrachter Leistungen. Die Zahl der mobil und zuhause betreuten Pflegepatienten im Vergleich zur Heimversorgung. Weiters sind solche Modelle sowohl an Gesundheitsindikatoren und Patientenzufriedenheitsparametern, als auch an Ausstattungsparametern auszurichten. Die Bonuswürdigkeit oder Maluswürdigkeit ergibt sich daher durch einen Kennzahlenvergleich, der bundesweit durchgeführt wird.

Bei Erreichen entsprechender Performance, werden jährlich Bonus-Zahlungen ausgeschüttet. Sollten die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden, dann wird im darauffolgenden Jahr ein bestimmter Prozentsatz der Tarife zurückgehalten. Sollte es innerhalb des Jahres zu einer Zielerreichung kommen, wird dieser Betrag ausbezahlt. Sollten jedoch die Kennzahlen nachhaltig schlecht sein, muss durch die Gesundheitsregion der Anbieter aus dem öffentlichen Gesundheitssystem ausgeschlossen werden.

Die entsprechenden Modelle sind durch das Public-Health-Institut auf Basis evidenzbasierter Erkenntnisse zu entwerfen. Um solche Modelle umsetzen zu können, ist sicherzustellen, dass jeder Dienstleister über diese Modelle informiert wird. Diese Aufgabe ist durch die „regionalen Informationszentren“ zu übernehmen. Die Kontrolle der Datenqualität muss ebenfalls durch Informationen aus der Region auf Plausibilität geprüft werden. Die dazu nötige Kompetenz ist heute in den Krankenkassen enthalten. Der chefärztliche Dienst ist unter der Leitung des Ministeriums soweit auszubauen und weiterzuentwickeln, dass es möglich wird, über ein Netz von Informationen in ganz Österreich die Effektivität dieses Anreizsystems zu beobachten und bei etwaigem Versagen rasch und regional abgestimmt Maßnahmen einleiten zu können.

Preisbildung und Direktbezahlung im ambulanten Versorgungsbereich

Im gesamten ambulanten Bereich wird das „Wahlarztsystem“ eingeführt. Ein wesentlicher Bestandteil des „Wahlarztsystems“ ist, dass der Leistungserbringer, als freier Unternehmer, seine eigenen Preise festsetzen darf. Entsprechend den offiziellen Tarifikatalogen weiß jeder Leistungserbringer, mit welchen „offiziellen“ Tarifen er rechnen kann, auch ist dort genau festgehalten, welche Leistungen durch das offizielle Gesundheitssystem refundiert werden, und welche Leistungen er „privat“ erbringen kann. Jeder darf entsprechend seiner Ausbildung Leistungen anbieten, solange er sich den Qualitätsvorgaben und Dokumentationsregeln des öffentlichen Gesundheitssystems unterwirft. Er hat sich nur unter Nachweis der Voraussetzung zur Berufsausübung und der Einverständniserklärung, die Qualitätsvorgaben und Dokumentationsregeln einzuhalten, in der Gesundheitsregion, in der er arbeiten will, zu melden. Unter diesen Bedingungen entsteht eine marktähnliche Wettbewerbssituation, die

geeignet sein könnte, die ambulante Versorgung im Sinne des öffentlichen Gesundheitssystems zu steuern. Angebot und Preis entstehen daher quasi im Markt. Um eine angebotsinduzierte Nachfrage, so sie denn existieren sollte, oder Qualitätsdumping hintanzuhalten, werden Pay-for-Performance-Modelle sorgen.

Sollte ein ambulanter Dienstleister für seine Leistungen mehr als den offiziellen Tarif (unter dem Tarif darf nicht angeboten werden – das gilt auch für Spitalsambulanzen!) verlangen, dann hat der Patient diesen Differenzbetrag direkt zu zahlen. Ausgenommen davon sind Dienstleistungen an Kindern bis zum 14. Lebensjahr, für die immer nur der offizielle Tarif gilt. Alle ambulanten Dienstleister sind verpflichtet, die „eigenen“ Preislisten und die offiziellen Tarife auszuschildern, bzw. im Fall einer mobilen Leistungserbringung den Leistungsempfängern über die Differenz aufzuklären. Eine Monopolbildung von ambulanten Dienstleistern ist durch die Gesundheitsregion zu unterbinden. Sollte es jedoch zu einer Monopolbildung mangels Leistungsanbieter kommen müssen, ist zwischen der Region und dem Leistungserbringer eine Preisliste auszuverhandeln. Sollte das nicht gelingen, ist durch die Gesundheitsregion die Leistungserbringung durch angestellte Leistungserbringer zu organisieren. Keinesfalls darf es dazu kommen, dass ein Patient nur deswegen „überhöhte“ Preise bezahlen muss, weil er in einer schwach besiedelten Region lebt, in der ein Monopolanbieter seine Monopolstellung ausnützt.

Daher ist folgendes festzuhalten. Eine Differenz zwischen dem zu bezahlenden Betrag und dem Tarif kann nur aus zwei Gründen entstehen:

1. Der vom Arzt verlangte Betrag liegt über dem Tarif (unter dem Tarif darf nicht angeboten werden!),
2. Der Tarif wird im Rahmen von Anreizsystemen (z. B.: Bonus-Malus-System, s. u.) verändert.

Regionale Steuererhöhung bei „Misswirtschaft“

Ist es auf der Ebene der ambulanten Leistungserbringer möglich, über eine „Kopf-zu-Kopf“-Konkurrenz den Wettbewerb als Steuerungsinstrument zu verwenden, ist dies bei der stationären Versorgung nicht möglich. Da die stationäre Versorgung als Vorhalteleistung durch die Gesundheitsregion herzustellen ist und zudem für die stationäre Versorgung große Investitionen nötig sind, ist ein reiner Wettbewerb der Anbieter ineffizient. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Regionen die stationären Leistungen selbst erbringen müssen. Sie können den Betrieb einer Einrichtung sehr wohl Dritten – Privaten oder Öffentlichen – überlassen. Ja es wäre sogar anzuraten, sich private Anbieter einzuladen, wenn man bedenkt, dass die Ordensspitäler beinahe doppelt so produktiv sind wie öffentlich geführte Häuser. Was die Regionen jedoch nicht dürfen, ist Doppelgleisigkeiten in der stationären Versorgung aufzubauen. Sie sind „demokratisch bestimmte Monopoleinkäufer“ der stationären Versorgung und haben der Bevölkerung diese Versorgung unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Das ihnen zur Verfügung gestellte Budget wird anhand von Plankostenrechnungen und Kopfpauschalen, die epidemiologische, demographische und geographische Besonderheiten der Region berücksichtigen können, ermittelt. Zudem sind diesen Rechnungen, entsprechend den Kosten-Nutzen-Analysen „Best-Practice-Annahmen“ zugrunde gelegt, an denen festgestellt werden kann, wo die eigene Region eventuell noch Struktur- oder Versorgungsschwächen aufweist. Trotzdem werden in diesen Rechnungen sicher einige Faktoren nicht berücksichtigt sein, die reklamiert werden können, sodass es – in geringem Ausmaß allerdings – zu „Nachverhandlungen“ in jeder Region kommen wird. Zusammengefasst: Das zur Verfügung gestellte Budget muss, wenn man regional nicht misswirtschaftet, ausreichen.

Wenn eine Region trotzdem nicht auskommt, dann hat sie vier Möglichkeiten, darauf zu reagieren:

1. Sie kann regional Steuern einheben und so das Budget vergrößern.
2. Sie kann regional auf bestimmte oder alle stationären Leistungen Selbstbehalte einführen und so die Ausgaben reduzieren.
3. Sie kann andere Leistungen – wie z. B. die Straßenbeleuchtung – reduzieren und im eigenen Budget umschichten.
4. Sie kann ihre Strukturen bereinigen.

Was sie NICHT kann, ist

- Leistungen aus dem offiziellen Katalog streichen.
- Finanzierung der Leistungen durch Schuldenaufbau erbringen.
- Intransparente Quersubventionierung der Gesundheitsversorgung durch Mittel der Länder versuchen.

Da die Gesundheitsregionen so klein wie möglich und so groß wie nötig sein sollen, entsteht dadurch ein Wettbewerb der Regionen. Ist eine Region nicht fähig, ihre Strukturen zu bereinigen, dann wird sie eben der Bevölkerung zu erklären haben, wieso sie mehr Geld für die regionale Versorgung zahlen müssen, als die Nachbarregion. Sind ihre Argumente verständlich, dann werden die Wähler die politischen Vertreter wiederwählen. Die, die sich nicht damit abfinden können, müssen ein paar Kilometer weiter in eine andere Gesundheitsregion übersiedeln.

Von der Desintegration zur Integration

Wenn die bisherigen Reformen umgesetzt werden, dann wird sich das öffentliche Gesundheitssystem im Lauf der Zeit automatisch zu einem integrierten System hin entwickeln. Allerdings wird das Jahre dauern. Einige Probleme des heutigen Systems können jedoch nicht mehr jahrelang auf eine Lösung warten und müssen daher proaktiv angegangen werden. Diese sind der Bereich der Pflege und die Rolle des Hausarztes.

Pflege als solidarisch finanzierte Leistung

Über die Ist-Situation der Altenpflege und deren zahlreichen Schwächen weiß mittlerweile jeder informierte Mensch in Österreich Bescheid. In Wirklichkeit besteht in der Pflege ein noch größerer Reformbedarf als in der Kuration.

Weil es bis dato wegen der „idealen“ Abschiebemöglichkeit in Krankenhäuser nicht nötig war, sich mit diesem Thema ausreichend zu beschäftigen, fehlen geeignete Definitionen, die die Leistungen der öffentlichen Hand von Privatleistungen klar trennen. Das Spektrum der Pflege ist daher sehr breit gefächert und reicht von einfachen Haushaltshilfen bis hin zur Intensivpflege. Aus dem gleichen Grund fehlen auch abgestufte Versorgungskonzepte oder eine Abstimmung des Leistungsgeschehens mit angrenzenden Bereichen. Und Pflegeprävention scheint im österreichischen Gesundheitssystem überhaupt niemandes Aufgabe zu sein. Und solange Krankenhäuser kostenlos sind und der Pflegebereich voll von Selbsthalten, würde eine Strukturbereinigung gar nicht angenommen werden. Es verwundert daher auch nicht, dass es mittlerweile eine Fülle an verschiedenen legalen und illegalen Modellen gibt, die alle versprechen und alle versagen. Und so ist es auch verständlich, dass die Betreuung nicht kontinuierlich ist und zwischen den Sektoren erhebliche Reibungsverluste zu Ungunsten des Patienten entstehen.

Um die Diskussion, was gehört zur Pflege, was zur Betreuung, zu beenden, wird folgendes für das Gesundheitssystem gelten. Die Trennlinie zwischen Pflege und Betreuung wird durch die notwendige Ausbildung zur Berufsberechtigung gezogen. Je intensiver die Pflege sein muss, desto höher ist die Anforderung an die Ausbildung. Pflege kann daher von der Betreuung dermaßen abgegrenzt werden, dass Pflege alle Tätigkeiten betrifft, die nur von gesetzlich definiertem Pflegepersonal durchgeführt werden dürfen, Betreuung hingegen von Personen, die nicht als Pflegepersonal definiert werden.

Etwa 10 000 Krankenhausbetten die ca. 1,7 Milliarden Euro kosten, werden wegen extramuraler Pflegeengpässe, bzw. wegen fehlenden Privatvermögens durch Patienten belegt, die eigentlich kein Akutbett benötigen, sondern ein „Pflegebett“. Wenigstens die Hälfte dieser Gelder sollte neu geordnet werden, was nichts anderes bedeutet, als dass es zu einer Umlagerung in „situationsgerechte“ Versorgungsstrukturen kommen muss. Dadurch, dass es nach einer Reform zur Finanzierung aus einer Hand kommt, sollte diese Neuordnung auch möglich sein.

Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist es darauf hin zu weisen, dass es drei wesentliche Erfolgsfaktoren bei einer solchen Reform gibt:

1. Die Eintrittsschwelle in die Pflege muss niedriger sein als die Eintrittsschwelle in die Akutversorgung. Was nur bedeuten kann, dass die finanziellen Hürden einerseits, und die sozialen Implikationen andererseits bedacht werden müssen.
2. Die Zuordnung der Patienten in die entsprechenden Strukturen muss von qualifiziertem Personal vorgenommen werden (Casemanagement).
3. Die Strukturen müssen hinsichtlich ihrer Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität, ihrer Kommunikation (Schnittstellenmanagement) und ihrer Dokumentation standardisiert und kontrolliert werden.

Folgende Strukturen sind unseres Erachtens im Bereich Pflege wünschenswert:

1. mobile Dienste
2. Betreutes Wohnen
3. Tagesstrukturierende, ambulante Pflegeeinrichtungen
4. Kurzzeitpflegeplätze als Einrichtungen der Pflegeprävention
5. Remobilisationseinheiten während eines Akut-(Krankenhaus)Aufenthaltes
6. Übergangspflegeplätze nach einem Akut-(Krankenhaus)Aufenthalte

Diese Strukturen sind bei gleichzeitigem Abbau von Akutbetten rasch zu realisieren. Die Inanspruchnahme dieser Strukturen ist als Teil des öffentlichen Gesundheitssystems prinzipiell unentgeltlich zu halten.

Case-Management-Modell für pflegebedürftige Personen

Entlassungsmanagement für pflegebedürftige Personen

Jedes Krankenhaus muss über ein geeignetes, und vom Routinebetrieb des Krankenhauses unabhängiges Entlassungsmanagement verfügen. Aufgabe dieser Einrichtung ist die koordinierte, bedarfs- und bedürfnisgerechte Entlassung aller Patienten, wobei der Patient entweder auf eine eigens eingerichtete Entlassungsstation verlegt werden kann, oder durch fliegende Teams betreut wird – wichtig ist nur die inhaltliche Aufgabe, nicht die Organisationsform – diese kann man weitgehend der Selbstorganisation der Häuser überlassen, solange die Qualitätsstandards, die extern definiert und kontrolliert werden, erreicht werden. Mitarbeiter solcher Einrichtungen sollten sowohl aus Ärzten, Pflegepersonal,

als auch Sozialarbeitern bestehen. Das Entlassungsmanagement muss durch den Krankenhaus-Halter bereitgestellt werden und ist im autorisierten Leistungskatalog abzubilden.

Für geriatrische Patienten mit Pflegebedarf muss es ein besonderes Entlassungsmanagement geben, das weit reichender und integrativer ist als die heute angewandten Konzepte und neben dem Übergang ohne Friktion, auch die langfristige Nachbetreuung mit transparenten Kontrollmechanismen erlauben muss.

Ob ein Patient über den Aufenthalt hinaus langfristigen Pflegebedarf hat, muss durch ein Entlassungsteam festgesetzt werden. Das Entlassungsteam besteht aus dem behandelnden, bzw. entlassenden Arzt, der Stationsschwester und einer Person des Entlassungsmanagement. Das Team wird vom Entlassungsmanagement einberufen, bzw. geführt.

Für Patienten mit Pflegebedarf wird von behandelndem Arzt und Stationsschwester die Pflegeeinstufung (sozialmedizinische Beurteilung) durchgeführt, die am Bedarf auszurichten ist und nicht in Geldwert (Pflegestufen) ausgedrückt werden soll. Die Darstellung muss in Betreuungsstunden pro Tag an wie vielen Wochentagen durch welches Personal (Dipl. Pflege, Pflegehelfer, Altenhelfer, Essendienst, Haushaltshilfe, etc.) ausgewiesen werden.

Diese Informationen werden dem Entlassungsmanagement mitgeteilt, das die Entlassung vorbereitet (Kontaktaufnahme mit Sozialstation, Heimen und Angehörigen) und das Entlassungsteam einberuft. Einer der wichtigsten Aufgaben des Entlassungsteams ist das Führen eines Entlassungsgesprächs, in dem sowohl der Patient, als auch die Angehörigen auf die Notwendigkeit der Pflege hingewiesen werden.

Ab der Einstufung wird der Patient entsprechend dem festgesetzten Bedarf gepflegt und auf die Entlassung vorbereitet – mindestens zwei höchsten vier Tage sollte nach diesem Satz gepflegt werden, um zu sehen ob er ausreicht, zu niedrig oder zu hoch angesetzt wurde. Wichtigstes Instrument dieser „Übergangspflege“ ist die Pflegedokumentation, die dann bereits auf die extramuralen Bedürfnisse abzustellen ist. Der Patient soll ab dem Tag der Einstufung für das Krankenhaus als entlassen gelten und nicht mehr über Krankenhausleistungen finanziert werden.

Dem krankenhausinternen Entlassungsteam soll ein externes Betreuungsteam gegenüberstehen. Dieses Betreuungsteam bildet sich um einen Patienten, unabhängig, ob dieser in einem Heim oder durch mobile Dienste weiter betreut wird. Gebildet und einberufen wird das Team durch einen von dem zuständigen Informationszentrum definierten Verantwortlichen (Casemanager), bzw. der Stationsschwester des gewählten Heimes. Das Entlassungsmanagement des Krankenhauses hat dafür zeitgerecht das regionale Informationszentrum, bzw. das Heim zu informieren. Sollte für den Patienten kein Informationszentrum verantwortlich sein (weil es diese beispielsweise noch nicht gibt), muss diese Rolle vom Hausarzt übernommen werden.

Das extramurale Betreuungs(kern)team besteht aus einer verantwortlichen, extramuralen Pflegekraft, die vom regionalen Informationszentrum nominiert wird und dem, durch den Patienten genannten betreuenden Hausarzt (ist kein Hausarzt bekannt, dann soll einer zugeordnet werden). Das Kernteam muss bei Bedarf um psychologische oder/und funktionelle Therapeuten (Physio, Ergo) erweitert werden, um den Remobilisationserfolg, der im Krankenhaus erzielt wurde, nicht zu gefährden. Die sozialarbeiterische Kompetenz muss durch beigezogene Sozialarbeiter gewährleistet sein, die durch das regionale Informationszentrum zu organisieren sind.

Der Patient wird durch das Betreuungsteam im Krankenhaus übernommen und ist durch das Entlassungsmanagement über den Status genau und standardisiert zu informieren. Ziel muss der lückenlose Informationstransfer der Pflege und der ärztlichen Betreuung sein.

Ab der Übernahme des Patienten ist der Pflegestandard, der dem Patienten in den letzten Tagen im KH zuteil wurde, wenigstens eine Woche beizubehalten. Erst dann darf durch ein

neuerliches Assessment durch das Betreuungsteam dieser Standard begründet verändert werden. Durch die Übernahme des KH-Standards wird einerseits die Pflegeplanung erleichtert, andererseits gewährleistet, dass die Koordination zwischen KH und extramuraler Betreuung verstärkt wird

Monetäre Anreize

Das Case-Management-Modell muss über objektive Kennzahlen messbar gemacht und auf Seiten der Leistungsanbieter über ein Pay-for-Performance-System gesteuert werden. Auf Seiten des Patienten gibt es ein Bonus-Malus-System. Wenn der Patient sich an das oben beschriebene Prozedere hält, dann werden er und die Angehörigen kostenfrei gehalten, es wird keinen Zugriff auf Privatvermögen geben. Pflegegeldansprüche bestehen jedoch keine. Wenn der Patient die Entscheidung trifft, Casemanagement und Pflege selbst übernehmen zu wollen, dann wird ein im Vergleich zu heute reduzierter Pflegegeldsatz für erbrachte Eigenleistung zugestanden. Sollten Dienstleistungen des öffentlichen Gesundheitssystems angefordert werden (z. B. mobile Dienste) ist ein Selbstbehalt von 33 % einzuheben. In der stationären Versorgung wird ein Tagsatz fällig. Er beträgt 1/30stel des individuellen Existenzminimums, das auf der e-Card vermerkt werden muss.

Je nach Pflegegeldstufe wird ein verpflichtendes, kostenfreies, regelmäßiges Assessment durch ein Betreuungsteam, bzw. professionelle Pflege durchgeführt, der den Zustand des Patienten feststellen soll. Wenn festgestellt wird, dass die Pflege durch Angehörige ungenügend ist, bzw. die Angehörigen überfordert sind, sind entsprechende Schritte einzuleiten, die von der Einweisung in Kurzeitpflege bis zur Bestellung eines Sachwalters reichen können.

Der Eintritt in das oben beschriebene Prozedere ist jederzeit möglich. Ein späterer Ausstieg, oder ein switchen zwischen den Systemen ist allerdings nicht möglich.

Primärarztzentrierte Versorgungsmodelle

Die Desintegration im heutigen System ist wesentlich durch die falschen systematischen Anreize entstanden. Ein verhältnismäßig rasch wirkungsvolles Instrument, den Integrationsgrad zu erhöhen, ist ein sogenanntes Primärversorgungsmodell.

Die Fallkosten entlang der gesamten (also intra- und extramuralen) Krankengeschichte können so wenigstens um 13 % gesenkt werden.

Folgende Kennzeichen gelten für ein Primärversorgungsmodell als wesentlich:

- standardisierter Zugang (der Erstansprechpartner soll möglichst ein Anbieter der Primärversorgungsebene sein – Gatekeepingfunktion)
- Informationsdrehscheibe und Koordinationsfunktion aller Beteiligten und die Sicherung der Kontinuität der Behandlung – Patientenlotse (Case-Managementfunktion, Disease-Managementfunktion)
- Kontrolle der Effizienz, Zuverlässigkeit und Transparenz (Care-Managementfunktion)
- Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung (Public-Health-Funktion)

Daraus ergibt sich folgendes Leitbild

Leitbild eines Primärarztes in einem integrierten Versorgungssystem

- übernimmt Mit-Verantwortung für die Gesundheit der bei ihm eingeschriebenen Patienten
- wird so entlohnt, dass seine Leistung an Qualität und sektorübergreifender Kooperation mit anderen Leistungserbringern (und nicht an Quantität und Abschottung gegenüber anderen Versorgungsebenen oder Versorgern) ausgerichtet sein kann.

- koordiniert die Versorgung entlang dem Interventions- und Versorgungskontinuum seiner Patienten (Patientenlotse).
- ist die Informationsdrehscheibe für seine Patienten und allen mit diesen befassten Leistungserbringern.
- lenkt den Fluss von personellen und sachlichen Ressourcen an die Stellen, an denen sie benötigt werden und leitet die Kooperation sowie fach- und berufsgruppenübergreifende Teamarbeit.
- erfüllt die Dokumentationsanforderungen, die an einen Primärarzt durch das Public-Health-Institut vorgeschrieben sind.
- Führt den Patienten durch Disease-Management-Programme und Case-Management-Programme, wenn dieser an solchen Programmen teilnimmt.

Die Akzeptanz eines Primärversorgungsmodells ist überraschend hoch, wenn man dem Patienten die Entscheidung, welcher Arzt „sein“ Arzt sein soll, überlässt. Daher ist in der Gesundheitsregion Sorge zu tragen, dass jeder Einwohner wenigstens zwei extramural ambulant tätige Ärzte in akzeptabler Nähe zur Verfügung hat. Jeder Arzt, der im öffentlichen Gesundheitssystem zugelassen ist, muss unabhängig seiner Fachausbildung bereit sein, für seine Patienten die Primärarzt-Rolle zu übernehmen, wenn der Patient das wünscht. Die Teilnahme eines Patienten erfolgt durch Einschreiben bei einem extramural ambulant tätigen Arzt. Der Patient verpflichtet sich, diesen im Krankheitsfall als erstes aufzusuchen (ausgenommen in einem Notfall). Der ausgewählte Arzt wird in der Gesundheitsakte als Primärarzt geführt. Ein Wechseln des Primärarztes soll alle 6 Monate möglich sein.

Monetäre Anreize

Wenn Patienten an dem Modell teilnehmen, werden keine Selbstbehalte verrechnet. Patienten, die nicht teilnehmen („Selbstzuweiser“), wird ein genereller Selbstbehalt von 33 % auf alle ambulanten Leistungen verrechnet. Das bedeutet, dass 33 % des Tarifes direkt zu bezahlen sind. Eine soziale Staffelung darf es nicht geben.

In der stationären Versorgung wird für „Selbstzuweiser“ ein Tagsatz fällig. Er beträgt 1/30stel des individuellen Existenzminimums, das auf der e-Card vermerkt werden muss. Härtefälle bei sehr langen oder häufig wiederkehrenden Aufenthalten im Rahmen bestimmter Erkrankungen (indikationsspezifisch) werden einzeln durch eine Schlichtungsstelle begutachtet.

Von den Strukturen zu den Prozessen

Wegen der vielen „Geldgeber“, der vielen politischen und semipolitischen „Mitredner“, der eminenzbasierten Entscheidungen, der extrem zersplitterten Kompetenzen, der nicht vorhandenen Transparenz, der fehlenden Daten und der mangelnden Datenqualität, des fehlenden Wettbewerbs und schließlich auch wegen der fehlenden Gesundheitsstrategie ist es nicht verwunderlich, dass in Österreich nur auf Ebene der Strukturen ein einigermaßen funktionierendes Qualitäts- und Steuerungssystem eingerichtet ist. Zwar ist es sicher nicht so, dass die Vorschrift von Strukturqualitätskriterien automatisch zu qualitativ guten Ergebnissen führen – Strukturqualitätskriterien erhöhen nur die Wahrscheinlichkeit, dass das, was gemacht wird, in einem bestimmten Rahmen passiert – trotzdem ist es derzeit das einzig akzeptierte Qualitätsinstrument. Andere Instrumente, die Prozess- oder Ergebnisqualität als Basis haben, werden rundherum abgelehnt. In der Realität halten in Österreich nicht einmal Strukturqualitätskriterien. Bei einer so zersplitterten Kompetenz muss sich niemand vor Sanktionen fürchten, wenn er die Kriterien nicht einhält. Da muss man schlicht ausreichend politische Protektion besitzen, dann sind Gesetze in diesem Bereich rasch ungültig. Die Zahl der „Gesetzesbrecher“ bei der Einhaltung von Strukturqualitätskriterien ist Legende – da es sich dabei aber meist um öffentliche Vertreter handelt, die untereinander und hinter

verschlossenen Türen ausmachen, dass man nach außen nur vom „besten Gesundheitssystem der Welt“ sprechen darf, fällt dieser flächenmäßig auftretende „Gesetzesbruch“ nicht auf. Und so gibt es Krankenhäuser, die entsprechend dem Gesetz zu kleine Abteilungen führen, da arbeiten Ärzte viel länger als das Gesetz es erlaubt, da werden Leistungen erbracht, die gesetzlich verboten sind, da werden Verträge abgeschlossen, die das Gesetz ausdrücklich verhindern will, da werden Falschdokumentationen toleriert, obwohl es sich dabei vermutlich um gleich mehrere, sogar strafrechtlich relevante Tatbestände handeln könnte.

Ein flexibles Gesundheitssystem

Um diese Situation zu bereinigen, reicht bereits die Transparenz vollkommen aus. Das Tarnen und Täuschen fällt so schon viel schwerer. Allerdings ist gerade wegen der eingefahrenen Strukturen die Gefahr, dass die Transparenz unterlaufen wird, gewaltig. Soll es nur einigermaßen eine Chance auf Realisierung einer Gesundheitsreform geben, muss man darauf achten, dass die politischen Entscheidungsträger jenen Freiraum erhalten, der nötig ist, die Reformen zu gestalten. Der beste Weg dazu ist, alle Gesetze abzuschaffen, die heute ohnehin bereits unterlaufen werden. Es muss zur Liberalisierung der Strukturen kommen. Durch den Wegfall von Strukturqualitätskriterien, die wegen der daraus resultierenden Starrheit und dem „Eigenleben“ der normierten und fixierten Strukturen, nirgendwo auf der Welt zu den erwünschten Ergebnissen geführt haben, können jene Spielräume und Ressourcen freigesetzt werden, die nötig sind, die Gesundheitsversorgung neu und effizient zu organisieren. Dadurch, dass im neuen Gesundheitssystem die Finanzierung ausschließlich durch die öffentliche Hand erfolgt und die Organisation regionalisiert wird, dadurch dass durch das Public-Health-Institut „best-Practice“-Modelle, die jedem als Orientierung dienen können, erarbeitet und publiziert werden und die Qualitätskontrolle stark in Richtung Ergebnisqualitätsmessung gedrängt wird, sind Strukturqualitätskriterien immer weniger wichtig. Es ist unwichtig, ob eine Geburt in einer Abteilung, einer Hebammenstation oder zu Hause erfolgt. Einzig wichtig ist, dass die Arbeit jene Qualität aufweist, die mit Fug und Recht von der Bevölkerung erwartet werden darf. Solange die Qualität erbracht wird, sollte es den einzelnen Gesundheitsregionen überlassen werden, welche Strukturen sie für die Erbringung der Leistung vorhalten oder zukaufen wollen.

Die bestehenden Strukturqualitätskriterien werden daher soweit wie möglich abgeschafft, was eine große Reform des Krankenanstaltenrechts nach sich ziehen muss. Jede Gesundheitsregion soll jene Organisationsformen finden, die sie benötigt und auch erreichen kann, um ihre Versorgung zu gewährleisten, ob dies nun alleinstehende Tageskliniken, Gesundheitszentren, Krankenhäuser oder Pflegeheime sind, ob das Gruppenpraxen oder Einzelpraxen sind, ob die Versorgung eher ambulant oder eher stationär organisiert wird, soll der Region selbst überlassen werden. Je mehr Stufen die Versorgung aufweist, desto besser kann sie sich der Situation des Patienten anpassen, desto besser können Prozesse abgebildet werden. Als Rahmen existieren auf der einen Seite die begrenzten Geldmittel, auf der anderen Seite das Ergebnis. Dazwischen ist eine maximale Freiheit der Organisation zu gewähren. Und wenn eine Gesundheitsregion der Meinung ist, ich „kaufe“ bestimmte Dienstleistungen im Ausland ein, dann soll auch das erlaubt sein, wenn so das gewünschte Ergebnis erreicht wird.

Ein abgestuftes ambulantes Versorgungssystem

Durch die aktuelle „nicht-abgestufte“ Situation und durch die zersplitterten Kompetenzen geht ein erhebliches Potential verloren, ohne dass der Patient davon profitieren würde, oftmals ist es für ihn sogar schädlich. In etwa 600 000 bis 650 000 Aufnahmen in ein Krankenhaus (das sind 25 % der gesamten Aufnahmen) könnte, gäbe es die ausreichenden ambulanten Strukturen, ambulant behandelt werden.

Pro Fall kostet im Schnitt die stationäre Versorgung 500 bis 700 Euro. Also kann man aus dem stationären Bereich – Finanzierung aus einer Hand vorausgesetzt – sicher 400 Millionen Euro umschichten, was nichts anderes bedeutet, als dass es zu einer Umlagerung in „situationsgerechte“ Versorgungsstrukturen kommen muss.

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist das Kernstück des Gesundheitssystems. 75 bis 80 % aller verbrauchten Ressourcen können nur von dieser Beziehung gesteuert werden. Im Gesundheitswesen ist also klar der Arzt die tragende Säule. Rund um ärztliche Kompetenz organisieren sich andere Berufsgruppen.

Im ambulanten Bereich sind unseres Erachtens folgende Strukturen wünschenswert (Überschneidungen und „Zwischenlösungen“ sollten gerade im Hinblick auf ein integriertes Gesundheitswesen eher gefördert als unterbunden werden):

1. Einzelpraxis eines Hausarztes
2. Gruppenpraxis mit Allgemeinmedizinerinnen
3. Facharzt-Gruppenpraxis
4. Gruppenpraxis mit Tagesklinik
5. Tagesklinik im Krankenhaus

Einzelpraxis eines Hausarztes:

Aufgaben:

Hausarztpraxen sollen möglichst wohnortnah und dezentral vorhanden sein. Neben niedrigschwelligen Leistungen sind hier vor allem Prävention (sowohl Pflege-, als auch Krankheitsprävention) und Casemanagement anzusiedeln. Um diese beiden Themen bearbeiten zu können, wird es auch nötig sein, aus den Praxen raus, zum Patienten zu gehen (Hausbesuche!). Der Hausarzt wird der typische Primärarzt sein, die Koordination der mobilen Dienste ist wesentlicher Teil seiner Aufgaben.

Organisation:

Eine Einzelpraxis ist als eine Einrichtung anzusehen, die über eine geringe Ausstattung mit medizinischen Apparaten verfügt und regelmäßige Öffnungszeiten hat.

Neben dem Arzt als Betreiber der Einrichtung, sollte es überdies feste Kooperationen, besser noch gemeinsame Räumlichkeiten unterschiedlicher anderer Gesundheitsberufe geben. Dazu zählen vor allem Pflegekräfte und funktionelle Therapeuten. Zusammen stellen sie eine Betreuungseinheit dar. Die Organisationen, die heute die mobilen Dienste organisieren, sind an die Hausarztpraxen anzubinden.

Finanzierung

Die Finanzierung sollte weitgehend pauschalisiert erfolgen, die sich an einem Mischsystem aus Kopfpauschalen, Case-Management-Pauschalen und Disease-Management-Programm-Pauschalen orientiert.

Arbeitsmechanismus:

Die Einzelpraxis seines Hausarztes ist im Idealfall die erste Anlaufstelle aller Patienten. Sollte eine komplexe Diagnostik nötig sein, wird der Patient über eine standardisierte Schnittstelle an die entsprechende nachgeordnete Einrichtung überwiesen.

Gruppenpraxis mit Allgemeinmedizinern:

Aufgaben:

Gruppenpraxen mit Allgemeinmedizinern sind Einrichtungen, die sich verstärkt um internistische Fälle, und hier besonders um geriatrische und chronisch kranke Patienten kümmern sollen. Sie sollen im Rahmen von Disease-Management- und Case-Management-Programmen als zentrale Behandlungs-Einrichtungen dienen, aber auch als ambulante Rehabilitations- oder Remobilisationseinrichtungen, aber auch als tagesstrukturierende, ambulante Pflegeeinrichtungen fungieren können.

Organisation:

Die Einrichtung, die aus drei bis vier Ärzten unterschiedlicher Fächer (interdisziplinär) besteht (z. B. zwei Internisten, ein Augenarzt und ein Praktiker), sollte als Gruppenpraxis organisiert sein. Die Zusammensetzung der Fächer könnte in regionalen Rahmenplanungen empfohlen werden. Grundsätzlich sollte es hier jedoch zu einer Selbstorganisation kommen.

Neben den Ärzten sollten auch Therapeuten vor Ort eingebunden sein. Zusammen können dann ambulante Rehabilitations- und Remobilisationkonzepte entworfen und angeboten werden.

Die Gruppenpraxis ist als eine Einrichtung anzusehen, die über eine entsprechende Ausstattung mit medizinischen Apparaten verfügt und regelmäßige Öffnungszeiten hat. Es muss genügend Platz vorhanden sein um ambulante Rehabilitations- und Remobilisationkonzepte als auch tagesstrukturierende, ambulante Pflege anbieten zu können. Als Teil von entsprechenden Programmen, bzw. Konzepten ist bei Gruppenpraxen darauf zu achten, dass es nicht zu einer überzogenen Ausstattung mit diagnostischen und therapeutischen Apparaten kommt.

Finanzierung:

Die Finanzierung sollte teils über Case-Management-Pauschalen und Disease-Management-Programm-Pauschalen, teils über Leistungsfinanzierung erfolgen.

Arbeitsmechanismus:

Die Gruppenpraxis ist im Idealfall die Anlaufstelle chronisch kranker Patienten nach Überweisung durch eine andere Stelle. Das könnten einerseits höhere Stellen sein, wenn der Patient zur langfristigen Nachbetreuung (z. B. ambulante Herz/Kreislauf-Rehabilitation nach stationärem Reha-Aufenthalt) überwiesen wird, oder vom Hausarzt, wenn der Patient nach einem Screeningverfahren weiter abgeklärt, oder bereits in ein bestimmtes Programm (z. B. Case-Management-Programm für Diabetiker) aufgenommen werden soll. In der Regel sollte von diesen Gruppenpraxen keine Weiterüberweisung in eine höhere Einrichtung nötig sein, da der Patient durch den Hausarzt „vorabgeklärt“ war. Ist das trotzdem der Fall, sollte es dafür standardisierte Schnittstellen geben.

Facharzt-Gruppenpraxis:

Aufgaben:

Facharzt-Gruppenpraxen sind Einrichtungen, die sich auf Grund bestimmter „großer“ Nachfrage bestimmter Patientengruppen, in ihrer Diagnostik, vor allem aber in ihrer therapeutischen Ausrichtung spezialisieren (Herz-Zentrum, Rheuma-Zentrum, Neuro-Reha-Zentrum, Schmerz-Zentrum, Dialyse-Zentrum, etc.).

Organisation:

Die Einrichtung, die aus zwei bis vier Ärzten eines oder zweier Fächer besteht (z. B. zwei Orthopäden und ein physikalischer Mediziner), sollte als Gruppenpraxis organisiert sein. Die Zusammensetzung der Fächer könnte in regionalen Rahmenplanungen empfohlen werden. Grundsätzlich sollte es hier jedoch zu einer Selbstorganisation kommen.

Wenn sich die Einrichtung im Bereich der Rehabilitation spezialisieren will, müssen auch Therapeuten vor Ort eingebunden sein.

Die Gruppenpraxis ist als eine Einrichtung anzusehen, die über eine entsprechende Ausstattung mit medizinischen Apparaten verfügt und vor allem deutlich längere Öffnungszeiten (mind. 8 Stunden pro Tag, 5 Tage in der Woche und zudem wenigstens ein „langer Tag“) hat, als die bisher beschriebenen Einrichtungen.

Finanzierung

Die Finanzierung sollte über Leistungsfinanzierung erfolgen.

Arbeitsmechanismus:

Die Facharzt-Gruppenpraxis sollte nur mit Überweisung aufgesucht werden. Wenn Patienten direkt eintreten, dann müssen jedoch Standardprozeduren entwickelt werden, die den Hausarzt einschalten, und sei es auch nur ein geregelter Informationsfluss. Unabgeklärte Patienten (also Patienten ohne fixierte Diagnosestellung durch eine andere Einrichtung) dürfen nicht aufgenommen werden.

Gruppenpraxis mit Tagesklinik:

Aufgaben:

Gruppenpraxis mit Tagesklinik sind Einrichtungen, die ein breites diagnostisches und therapeutisches Angebot erbringen sollen. Die Angebote sind de facto so zu gestalten, dass jene Patienten, die keine Spezialambulanzen (Spezialambulanzen sollten Einrichtungen sein, die sich auf verhältnismäßig selten auftretende Krankheiten konzentrieren z. B. für Mukoviszidose, Epilepsie, etc.) benötigen, aus Krankenhaus-Ambulanzen abgezogen werden können. Gruppenpraxen sind die logische Überweisungsstelle für Patienten von Hausärzten, die eine komplexe Diagnostik und Therapie für ihre Patienten benötigen. Für Therapien (auch Operationen in Lokalanästhesie) oder Diagnosen, die nicht innerhalb einer bestimmten Zeit möglich sind, oder Beobachtungen über eine bestimmte Periode nötig machen, sind tagesklinische Betten einzurichten. Das tagesklinische Angebot ist jedoch so zu begrenzen, dass der Aufenthalt 12 Stunden nicht übersteigt. Darüber hinausgehende Leistungen sind an Tageskliniken in Krankenhäusern gebunden.

Organisation:

Die Einrichtung, die aus mehreren Ärzten unterschiedlicher Fächer (interdisziplinär, wobei auch diagnostische Fächer wie Labormedizin und Röntgendiagnostik zu integrieren sind) besteht, kann als Gruppenpraxis oder Betriebsgesellschaft mit angestellten und freiberuflichen Ärzten organisiert sein. Die Einrichtung kann auch als „dislozierte Tagesklinik“ durch ein Krankenhaus geführt werden. Die Zusammensetzung der Fächer sollte in regionalen Rahmenplanungen vorgeschrieben werden. Die Einrichtung muss Pflegekräfte vor Ort haben und über feste Kooperationen mit funktionellen und psychologischen Therapeuten verfügen. Die Gruppenpraxis mit Tagesklinik ist als eine Einrichtung anzusehen, die über eine gute Ausstattung mit medizinischen Apparaten der Diagnostik und Therapie verfügt und vor allem längere Öffnungszeiten (12-16 Stunden pro Tag) hat, als die bisher beschriebenen Einrichtungen.

Finanzierung:

Die Finanzierung sollte über Leistungsfinanzierung erfolgen.

Arbeitsmechanismus:

Die Gruppenpraxis mit Tagesklinik sollte nur mit Überweisung aufgesucht werden. Unabgeklärte Patienten (also Patienten ohne fixierte Diagnosenstellung durch eine andere Einrichtung) dürfen nicht angenommen werden. Wenn Patienten trotzdem direkt eintreten, dann muss der Hausarzt durch die Gruppenpraxis eingeschaltet werden.

Tagesklinik im Krankenhaus:

Aufgaben:

Tageskliniken im Krankenhaus sind Einrichtungen, die ein breites diagnostisches und therapeutisches Angebot erbringen sollen. In diesen Tageskliniken sollte man auch die Möglichkeit haben, Patienten bis zu 24 Stunden zu versorgen, sofern die „Nachtbetreuung“ auf ein Minimum (kein fachärztlicher Dienst, allgemeinarztliche Bereitschaft, stark reduziertes Diplomierte Pflegepersonal) beschränkt werden kann.

Organisation:

Die Einrichtung muss interdisziplinär ausgerichtet sein. Nur in großen Krankenhäusern kann eine Fachzuordnung angedacht werden.

Finanzierung:

Die Finanzierung sollte über Leistungsfinanzierung erfolgen.

Arbeitsmechanismus:

Die Tageskliniken im Krankenhaus sind Teil des Krankenhauses.

Ein abgestuftes stationäres Versorgungssystem

Die strikte Trennung des Pflegebereichs vom Kurationsbereich und die leidige Finanzierungsdiskussion der Bereiche kostet sehr viel Geld. Dass dahinter im Wesentlichen nur kontraproduktive Gedankenwege zu finden sind, ist weithin unbekannt. Die Pflege muss der einzelne zahlen und wenn der nicht kann, dann springen die Länder „heroisch“ ein. Die Länder müssen also nicht für jeden zahlen, und je länger man sich die Pflege selbst leisten kann, desto geringer werden die Kosten für die Länder. Die Krankenhäuser bezahlt zur Hälfte die Sozialversicherung und zu ein paar Prozent der Bund und daher nur zum geringeren Teil die Länder – weil aber das Geld von den Ländern ausbezahlt wird und so „scheinbar“ von dort kommt, haben diese fast absolute Macht über die Häuser – zum „halben“ Preis. Zusammen genommen ist die Situation, so wie sie ist, für die Länder der beste Weg, viel Macht für wenig Geld zu erhalten. Vom politischen Aspekt ist also die pflegerische Versorgung der Bevölkerung über die Krankenhäuser ideal, auch wenn es volkswirtschaftlicher Wahnsinn (die Kosten eines Krankenhaustages sind immerhin doppelt so hoch, wie eine schon teuer angelegte stationäre Pflege und ein Vielfaches teurer als ambulante Pflege!) ist. Mit dem Geld, das so politisch „verbrannt“ wird, wäre es leicht möglich, jedem, aber auch wirklich jedem Bedürftigen eine 24-Stunden-Betreuung als Sozialleistung zur Verfügung zu stellen – ohne Beitragserhöhung und ohne Diskussion. Hinkünftig wird die Trennung Pflege/Kuration aufgehoben sein. Beide Bereiche werden demselben Gesundheitssystem angehören und beide Bereiche von der gleichen Hand finanziert.

Durch den autorisierten Leistungskatalog wird jede Region vor der Entscheidung stehen, ob sie bestimmte stationäre Leistungen selbst erbringen will, oder aber in einer anderen Region „zukaufte“. Durch Qualitätsvorgaben werden bestimmte Leistungen nur dann sinnvoll erbracht werden können, wenn ein entsprechendes Einzugsgebiet vorliegt – z. B. die Herzkathederuntersuchung, die nach Best-Practice-Methoden für ein Einzugsgebiet von mindestens 450 000 Einwohnern nur an einer Stelle vorzuhalten ist. Für viele Leistungen werden daher einzelne Gesundheitsregionen nicht ausreichend Einwohner haben und eine überregionale Versorgung anstreben müssen. Die Optimierung der Spitalsversorgung durch konsequente Arbeitsteilung zwischen den Spitälern muss zur Selbstverständlichkeit werden, bundesländerübergreifende und EU-weite grenzüberschreitende Kooperationen sind sicherzustellen.

Ähnlich dem ambulanten Bereich muss es zu einer deutlich abgestufteren stationären Versorgung kommen. Folgende Strukturen sind unseres Erachtens im Bereich stationärer Versorgung wünschenswert. Ob es an Standorten, die eine stationäre Versorgung anbieten auch eine ambulante Versorgung gibt (z. B. Gruppenpraxen oder Tageskliniken), ist regional zu entscheiden.

Auch hier gilt, dass Überschneidungen und „Zwischenlösungen“ gerade im Hinblick auf ein integriertes Gesundheitswesen eher gefördert als unterbunden werden sollten:

1. Gesundheitszentrum
2. Standardkrankenhaus
3. Spezialkrankenhaus – Rehabilitationszentrum
4. Schwerpunktkrankenhaus
5. Universitätsspital

Gesundheitszentrum:

Aufgaben:

Gesundheitszentren sind die dezentralste und kleinste stationäre Einrichtung. Die wesentlichste Aufgabe ist es, regional und damit wohnortnah internen und geriatrischen Patienten eine stationäre Versorgung zu garantieren.

Organisation:

Die Einrichtung besteht aus einer internen Abteilung, Remobilisationseinheiten und Übergangspflegebetten sowie Kurzzeitpflegeplätzen. Die Einrichtung muss Pflegeheime vor Ort und betreutes Wohnen mitversorgen.

Die Ausstattung hat sich am Patientenaufkommen zu orientieren und soll nicht mehr als 100 Betten haben.

Kooperationen (insbesondere die gemeinsame Nutzung der Medizintechnologie und Infrastruktur betreffend) mit in räumlicher Nähe eingerichteten ambulanten Versorgungsstrukturen sind umzusetzen.

Finanzierung:

Die Finanzierung sollte weitgehend **pauschalisiert** erfolgen, die sich an einem Mischsystem aus Kopfpauschalen, Case-Management-Pauschalen und Disease-Management-Programm-Pauschalen orientiert.

Arbeitsmechanismus:

Gesundheitszentren sollten nur mit Überweisung aufgesucht werden. Unabgeklärte Patienten (also Patienten ohne fixierte Diagnosenstellung durch eine andere Einrichtung) dürfen nicht angenommen werden. Eine Akutversorgung sollte die Ausnahme darstellen.

Standardkrankenhaus:

Aufgaben:

Standardkrankenhäuser sind die klassischen Regional-Krankenhäuser. Sie stellen das Rückgrad der stationären Grundversorgung dar. Die wesentlichste Aufgabe ist es, regional internen und chirurgischen Patienten eine stationäre Versorgung zu garantieren, sind jedoch wie die Gesundheitszentren auch für die geriatrischen Patienten zuständig.

Organisation:

Die Einrichtung besteht aus einer chirurgischen Abteilung, einer internen Abteilung, Remobilisationseinheiten und Übergangspflegebetten sowie Kurzzeitpflegeplätzen. Die Einrichtung muss Pflegeheime vor Ort und betreutes Wohnen mitversorgen. Die Einrichtung von Spezialambulanzen sollte nur in Ausnahmefällen bei dringendem gegebenem Bedarf möglich sein.

Die Ausstattung hat sich am Patientenaufkommen zu orientieren und soll nicht mehr als 250 Betten haben.

Kooperationen (insbesondere die gemeinsame Nutzung der Medizintechnologie und Infrastruktur betreffend) mit in räumlicher Nähe eingerichteten ambulanten Versorgungsstrukturen sind umzusetzen.

Finanzierung:

Die Finanzierung sollte teils **pauschalisiert** teils über Leistungsfinanzierung erfolgen.

Arbeitsmechanismus:

Standardkrankenhäuser sollte nur mit Überweisung aufgesucht werden. Unabgeklärte Patienten (also Patienten ohne fixierte Diagnosenstellung durch eine andere Einrichtung) sollten nicht angenommen werden. Eine Akutversorgung ist für interne Patienten vorgesehen, die Chirurgie hat sich soweit wie möglich auf elektive Operationen zu beschränken. Akut-Chirurgie ist also die Ausnahme.

Spezialkrankenhaus – Rehabilitationszentrum:

Aufgaben:

Spezialkrankenhäuser sind Einrichtungen, die sich auf Grund bestimmter „großer“ Nachfrage bestimmter Patientengruppen, in ihrer Diagnostik, vor allem aber in ihrer therapeutischen Ausrichtung spezialisieren.

Finanzierung:

Die Finanzierung erfolgt größtenteils **pauschalisiert**, kann aber auch über Leistungsfinanzierung erfolgen.

Arbeitsmechanismus:

Spezialkrankenhäuser können nur mit qualifizierter Überweisung aufgesucht werden.

Schwerpunktkrankenhaus:

Aufgaben:

Schwerpunktkrankenhäuser sind die klassischen Akutversorgungs-Krankenhäuser. Die wesentlichste Aufgabe ist es, die stationäre Akutversorgung in allen im Einzugsgebiet notwendigen Fächern zu gewährleisten. Die Einzugsgebiete orientieren sich zwar an den Versorgungsregionen, insbesondere in den sogenannten „kleinen“ Fächern (z. B. Dermatologie) sind jedoch überregionale Einzugsgebiete zu betreuen.

Organisation:

Die Einrichtung besteht mindestens aus einer chirurgischen Abteilung, einer internen Abteilung, einer geburtshilflichen-gynäkologischen Abteilung, einer Intensivabteilung und Remobilisationseinheiten. Es sind, je nach Bedarf, Spezialambulanzen einzurichten.

Die Ausstattung hat sich an der Fächerstruktur zu orientieren und soll zwischen 300 und 500 Betten haben.

Kooperationen (insbesondere die gemeinsame Nutzung der Medizintechnologie und Infrastruktur betreffend) mit in räumlicher Nähe eingerichteten ambulanten Versorgungsstrukturen können eingegangen werden.

Finanzierung:

Die Finanzierung sollte teils pauschalisiert teils über Leistungsfinanzierung erfolgen.

Arbeitsmechanismus:

Schwerpunktkrankenhäuser sind Akut-Krankenhäuser

Universitätskliniken:

Aufgaben:

Universitätskliniken sind Vollversorger im akutstationären Bereich. Die Rolle, die ihnen der Gesetzgeber heute vorschreibt, ist voll zu übernehmen. Im Gegensatz zu heute müssen sie jedoch von der „Routine“-Versorgung endlich freigespielt werden.

Organisation:

Die Einrichtung besteht aus allen Fächern der Medizin. Es sind Spezialambulanzen einzurichten.

Die Ausstattung hat sich an der Fächerstruktur zu orientieren.

Finanzierung:

Die Finanzierung erfolgt über das Wissenschaftsministerium.

Arbeitsmechanismus:

Universitätskliniken dürfen nur mit qualifizierter Überweisung aufgesucht werden. Eine Primärversorgung ist nur in dem Maß vorzuhalten, in dem diese für die Ausbildung der Studenten und Ärzte nötig ist.

Von den Institutionen zur Versorgung

Ausgehend von den Grundsätzen und den daraus ableitbaren tiefgreifenden Veränderungen muss es auch zu neuen Abläufen kommen. Die heute großteils auf Institutionen ausgerichtete und damit eigentlich bevölkerungs- und patientenferne Organisation des Gesundheitswesens, muss am eigentlichen Auftrag, nämlich der Versorgung neu ausgerichtet werden.

Im Gesundheitsreformgesetz 2005 wurde dazu bereits ein sehr zaghafter Versuch unternommen. Dass es bei einem eher kleinen, kaum spürbaren Versuch blieb, hängt schlicht

mit der unglaublichen faktischen Macht der heutigen Akteure zusammen. Wenn es gelingt, diese Akteure aus ihrer bevölkerungs- und patientenfernen Einstellung herauszureißen und den vorgeschlagenen Reformweg zu gehen, dann könnte aus dem zaghaften Versuch am Ende doch noch ein Erfolg werden.

Zentrale Idee der letzten Reform war, eine Konstruktion zu bauen, die wenigstens virtuell eine Finanzierung aus einer Hand ermöglichen sollte. Darüber hinaus jedoch wurde durch die Gesundheitsagenturen bereits ein „beratendes“ Gremium geschaffen, das durchaus einen, einem modernen Gesundheitssystem entsprechenden Auftrag gehabt hätte – die Organisation der gesamten Gesundheitsversorgung. Im neuen Gesundheitssystem soll dieser Agentur-Gedanke weiterentwickelt werden.

Das Selbstverständnis des Gesundheitsagentur-Systems muss es sein, nicht ein weiterer komplexitätstreibender Akteur zu sein, sondern zu helfen, die im System befindlichen Gelder (mit größtmöglicher Akzeptanz durch die Patienten, Berufsgruppen und Politik) optimal einzusetzen. Um der Aufgabe gerecht zu werden, sind zwei Voraussetzungen nötig.

- 1) Eine Voraussetzung ist es, auf regionaler Ebene jene Versorgungsstrukturen vorzuhalten, die dem Bedarf entsprechen.

Um die Steuerung der Patientenströme zu den „entsprechenden“ Einrichtungen umsetzen zu können, wird es notwendig sein, die Leistungserbringer von den Partikularinteressen abzukoppeln und an die Patientensituation zu binden. Dazu muss der Verteilungskampf an den Überschneidungsbereichen (wo hört die Aufgabe des Allgemeinmediziners auf und fängt die des Facharztes an, wo hört die Akutversorgung auf und fängt die stationäre Rehabilitation an?) moderiert werden. Das Instrument dazu könnte die regionale Gesundheitsagentur sein, in der medizinische, Public Health- und Wirtschaftsexperten als unabhängige Berater vertreten sind.

Sowohl über die verpflichtende Dokumentation, als auch über die Zusammenarbeit mit den regionalen Entscheidungsträgern und deren Daten und Ziele sollte genügend Input vorhanden sein, um Vorgaben für eine objektive, qualitative (welcher Patient muss in welcher Versorgungsebene, bzw. mit welcher Strukturqualität versorgt werden.) und quantitative Leistungsangebotsplanung in der zugeordneten Region erstellen zu können. Diese Leistungsangebotsplanung kann dann die Basis von Verhandlungen der Finanziere mit Leistungsanbietern sein.

- 2) Eine weitere Voraussetzung ist das Aufrechterhalten bzw. Verbessern der Versorgungsqualität. In internationalen Studien wird dieses Problem häufig durch Kennzahlen dargestellt. Klassische Werte dafür sind die Kindersterblichkeit, die Lebenserwartung, die Anzahl bestimmter Operationen pro Einwohner etc. Diese Vergleichszahlen sind jedoch im Hinblick auf eine nationale Definition ungeeignet und wenig akzeptiert. Eine von allen Seiten akzeptierte Größe ist jedoch die Patientenzufriedenheit. Sie ist die klassische Maßzahl der Arzt-Patientenbeziehung und wird, da beide Gruppen direkten Einfluss auf diese Zahl haben, von keinem angezweifelt. Regelmäßige, am besten jährliche, Überprüfungen mittels standardisierten Instrumenten auf Gesundheitregionsebene, sind anzustreben. Neben dieser „weichen“ Zahl, die einer bestimmten Manipulationsgefahr unterliegen könnte, sollten auch „harte“ Kriterien bestimmt werden. Es ist vernünftig, in diesem Zusammenhang drei Qualitäten zu trennen: Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität. Jede dieser drei Qualitäten kann durch Kennzahlen festgemacht werden.

Die Strukturqualität, die für bestimmte diagnostische und therapeutische Handlungen verpflichtend sind, kann für Versorgungseinrichtungen definiert werden. Die Prozessqualität kann durch Disease-Management-Programme vorgegeben werden, auch können Wartezeiten, Verweildauer, stationäre Wiederaufnahmeraten oder „Schnittstellen-Management-Versagen an Hand von definierten Patientengruppen als

Indikator herangezogen werden. Die für die Steuerung wichtigste Qualität ist die Ergebnisqualität. Sie kann einerseits in der Zielerreichung der Versorgungsregionen abgelesen werden, andererseits durch Qualitätssicherungsprogramme und Register überprüft werden. Auch wenn die Qualitätssicherung allen Interessensgruppen am Herzen liegt, ist doch zu beobachten, dass es bis dato nicht möglich war, auch nur eine gemeinsame Dokumentation als das Mindestmaß einer Qualitätssicherung umzusetzen, geschweige denn bundesweit einheitliche Definitionen und Programme zu etablieren. Die Folge davon ist ein hohes Maß an Intransparenz und damit verbunden gegenseitige Skepsis aller – die Patienten misstrauen den Ärzten, die Ärzte den Finanziers, die Finanziers misstrauen einander und den Ärzten. Um diesen Circulus vitiosus zu durchbrechen, muss eine bundesweit agierende Institution die gesamte Qualitätssicherung des Gesundheitswesens an sich ziehen, und Indikatoren entwickeln, die die Versorgungsqualität objektiv messen. Um Akzeptanz, aber auch Aktualität zu erhalten, sollte das nur unter Einbindung von Vertretern von Leistungserbringern (am besten durch Fachgesellschaften) geschehen. Durch Qualitätsvorgaben, wird es möglich, Plankostenmodelle zu rechnen, die kombiniert mit der Leistungsangebotsplanung den Finanziers Anhaltzahlen ergeben, um eine zielorientierte Ressourcenplanung vorzunehmen.

Struktur / Aufgabenverteilung / Organisation / Arbeitsmechanismus

Das Agentursystem stellt die organisatorische Klammer dar, in der einerseits die Erkenntnisse des Public-Health-Instituts, die Interessen der Finanziers und die Interessen der Leistungsanbieter zusammengeführt werden.

Aus dem oben gesagten wären für ein Gesundheitsagentursystem drei Ebenen erforderlich, die zwei Aufgabenbereiche abdecken müssen: Leistungsangebotsplanung und Qualitätssicherung. Die Leistungsangebotsplanung sollte Bottom-Up organisiert sein, um bei Effizienzsteigerung die Effektivität nicht zu verlieren. Die Qualitätssicherung hingegen soll Top-Down organisiert werden, damit österreichweit die Versorgungsqualität beobachtet und die Verteilungsgerechtigkeit verfolgt werden kann.

Leistungsangebotsplanung (Bottom-Up):

Gesundheitskonferenzen:

Aufgaben:

Gesundheitskonferenzen sollen möglichst wohnortnah und dezentral eine Einschätzung der Gesundheitssituation der Bevölkerung darstellen können. Sie werden dabei durch die in der Bundesagentur aufbereiteten Daten unterstützt. Zudem werden Daten bereitzustellen sein, die bestimmte Risikofaktoren betreffen, wie z. B. Daten über Alkohol- und Zigarettenkonsum, Anteil der übergewichtigen Bevölkerung, Anzahl der Diabetiker und Quote der in Programmen erfassten Patienten, stationäre Wiederaufnahmeraten von chronisch Kranken, etc. Aus diesen Daten werden in den Konferenzen Gesundheitsziele festzusetzen sein, die grundsätzlich eher den Charakter der Prävention (sowohl primär, als auch sekundär, spezifische, als auch unspezifische) haben sollen, als auch Verteilungsungleichgewichte ausgleichen sollen. Dabei sollen schwerpunktmäßig jene Bereiche betont werden, die im Benchmark-Vergleich zur österreichischen Gesamtsituation Schwächen aufweisen. Das kann beispielsweise die Erhöhung der Betreuungsquote alter Menschen durch mobile Dienste, Erhöhung der Anzahl der Diabetiker in Disease-Management-Programmen, Reduktion der fettleibigen Kinder bis 12 Jahre etc. sein.

Organisation:

Pro Gesundheitsregion, als kleinste Planungseinheit, werden mehrere Gesundheitskonferenzen einzurichten sein, die sich an politischen Grenzen (Gemeinden) orientieren. Aus diesen Gemeinden sind Vertreter der Ärzteschaft, Anbieter und Pfleger von Pflegediensten, Vertreter von Pflegeheimen, Vertreter von (noch zu gründenden) Patientenorganisationen, politische Entscheidungsträger zu entsenden. Die Vertreter sollten ausreichende Erfahrung und Wissen über die Gesundheitssituation in der Versorgungsregion besitzen.

Die Gesundheitskonferenzen werden beratend von der regionalen Gesundheitsagentur, eventuell unter administrativer Einbindung regionaler Behörden, geleitet.

Die Konferenz soll wenigstens zwei Mal pro Jahr tagen, wobei Unterausschüsse (z. B. sektoral gegliedert, wie die Bezirksärztesitzung oder auch themenspezifisch etwa zum Thema Schnittstellenmanagement) gebildet werden können, die nach Bedarf zusammentreten. Den Vorsitz einer regionalen Gesundheitskonferenz übernimmt der amtierende Bürgermeister.

Arbeitsmechanismus:

Die Ziele und Ergebnisse der Konferenz werden inklusive einer Maßnahmenempfehlung der regionalen Gesundheitsagentur übermittelt.

Nach Ablauf einer Planungsperiode sind die Ziele zu evaluieren und eine Soll-Ist-Analyse mit Begründung, sowie ein Maßnahmenkatalog für den Ausgleich etwaiger Abweichungen an die regionale Agentur zu übermitteln.

Regionale Gesundheitsagentur

Aufgaben:

Die zentrale Aufgabe der regionalen Gesundheitsagentur RGA ist die bedarfsgerechte effektive und effiziente gesundheitliche Versorgung der zugeordneten Gesundheitsregionen, die entsprechend den realen Patientenströmen ohne Rücksicht auf Bezirks- oder Bundesländergrenzen durch das Ministerium festgelegt werden, sicherzustellen. Dafür werden einerseits die Inputs der Gesundheitskonferenzen, als auch die Daten der Bundes-Gesundheitsagentur zu einer regionalen Leistungsangebotsplanung integriert, die die Grundlage der regionalen und qualitativen (welcher Patient muss in welcher Versorgungsebene, bzw. in welchen Einrichtungen versorgt werden) Ressourcenverteilung darstellen werden.

Organisation:

Die regionale Gesundheitsagentur ist eine ständige Einrichtung, die sich aus regionalen medizinischen-, Public Health- und Wirtschafts-Experten, Vertretern der Gesundheitskonferenzen sowie Vertretern des Ministeriums und dem nationalen Public-Health-Institut zusammensetzt.

Arbeitsmechanismus:

Die bedarfsgerechten Einzelleistungen, Leistungsgruppen und Leistungspakete aus dem autorisierten Katalog werden von der regionalen Gesundheitsagentur regionalen Anbietern, die den Qualitätskriterien der Bundes-Gesundheitsagentur entsprechen, angeboten, wobei jeder Leistungsanbieter sich um die Aufträge bemühen kann.

Bundes-Gesundheitsagentur

Aufgaben:

Die Aufgabe der Bundes-Gesundheitsagentur in der Leistungsangebotsplanung ist die Unterstützung der regionalen Gesundheitsagentur und der Gesundheitskonferenzen

durch empfängerorientiert aufgearbeitete Daten. Ziel ist die Koordination der dezentralen Planungen und Integration in einem österreichweiten Gesundheitsbericht. Für die Erstellung von regionalen Gesundheitszielen sollen demographische Informationen, Gesundheitsdaten und Benchmarkvergleiche, Versorgungsdaten und Benchmarkvergleiche etc. auf Ebene der Gesundheitskonferenzen (Gemeindeebene) zur Verfügung stehen. Für die Erstellung bedarfsgerechter Leistungsangebotsplanung sollen auf unterschiedlichen Aggregationsebenen (Gemeinden, Bezirke, etc.) Daten für regionale Strukturkonzepte für integrierte Gesundheitssysteme bereitgestellt werden. Zur ökonomischen Beurteilung der Angebote wird der autorisierte Katalog des Ministeriums zu Grunde gelegt.

Organisation:

Die Bundes-Gesundheitsagentur ist eine ständige Einrichtung, die sich aus Vertretern des Ministeriums und dem nationalen Public-Health-Institut zusammensetzt.

Arbeitsmechanismus:

Entsprechend den Aufgaben werden regelmäßige Berichte ohne Aufforderung erstellt, die öffentlich zugänglich sein werden (Gesundheitsberichte, Analysen, Benchmark-Vergleiche, Kennzahlen, etc.). Daneben können auf Antrag einer Gesundheitskonferenzen oder einer regionalen Gesundheitsagentur Spezialberichte angefordert werden.

Qualitätssicherung (Top-Down):

Bundes-Gesundheitsagentur

Aufgaben:

Zentrale Aufgabe der Bundes-Gesundheitsagentur im Bereich der Qualitätssicherung ist die Definition und Kontrolle von Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Erfüllung der Strukturqualitätskriterien bildet die Voraussetzung, als Anbieter von medizinischen Leistungen in Erwägung gezogen zu werden, andererseits sind sie die Basis für die Normkostenrechnungen.

Das Festlegen von Prozessqualitätskriterien soll in erster Linie regional erfolgen.

Einige Parameter sind jedoch auf Bundesebene festzulegen. Dazu gehört vor allem die Festlegung von Dokumentationsstandards, allgemeine Regeln für das Schnittstellen-Management, die Entwicklung von Rahmenbedingungen für Disease-Management-Programme und Case-Management-Programme.

Zur Messung der Ergebnisqualität wird ein Kennzahlensystem errichtet. Ebenso wird die Bundes-Gesundheitsagentur österreichweite Register für bestimmte Krankheiten, wie z. B. einem Krebsregister führen. Die aus den gewonnenen Daten abgeleiteten Erkenntnisse werde unter Offenlegung der Daten (nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen) publiziert.

Organisation:

Die Bundes-Gesundheitsagentur ist Teil des Ministeriums.

Arbeitsmechanismus:

Entsprechend den Aufgaben, wird die Bundes-Gesundheitsagentur das Public-Health-Institut mit der Abarbeitung beauftragen. Zudem können auf Antrag einer Gesundheitskonferenzen oder einer regionalen Gesundheitsagentur Berichte zu Spezialthemen angefordert werden. Die Ergebnisse werden in speziellen Berichten

regelmäßig veröffentlicht. Die Gesundheitsberichterstattung wird ohne Aufforderung durch die Arbeitsgruppen erfolgen.

Regionale Gesundheitsagentur

Aufgaben:

Die zentrale Aufgabe der regionalen Gesundheitsagentur ist, wie oben beschrieben, die Bereitstellung der Leistung. In der Qualitätssicherung konzentrieren sich die Aufgaben in Zusammenarbeit mit den Gesundheitskonferenzen auf die „regionale Anpassung“ und Kontrolle der durch die Bundes-Gesundheitsagentur vorgegebenen Qualitätskriterien. Dazu muss die regionale Gesundheitsagentur, jene Qualitätsindikatoren spezifizieren und Kontrollregeln vorgeben, die auf Bundesebene nur in Rahmenbedingungen festgelegt wurden. Die Spezifikation kann, bzw. sollte regional auf unterschiedlichen Aggregationsebenen (Gemeinden, Bezirke, Versorgungsregionen) unterschiedlich sein, und den regionalen Bedingungen bzw. Anforderungen entsprechen. So wäre es durchaus denkbar, in städtischen Bereichen andere Indikatoren als im ländlichen Bereich zu erheben, in Regionen mit hohem Pflegepatienten-Anteil andere als in touristischen Sportregionen mit hohem „Gastpatienten-Anteil“ etc. Neben den „regional angepassten“ Indikatoren ist jedoch Bedacht zu nehmen, dass über einen Mindestsatz von einheitlichen Indikatoren, Aussagen über die gesamte Versorgung möglich bleiben.

Eine weitere wichtige Aufgabe der regionalen Gesundheitsagentur ist die Kontrolle der Qualitätskriterien der Anbieter. Jene Anbieter, die die vorgeschriebenen Qualitätskriterien erfüllen, werden in publizierten Anbieterlisten aufgenommen. Die Listung ist Voraussetzung, um als Leistungsanbieter in Frage zu kommen. Weiters ist die Beobachtung der Verteilungsgerechtigkeit zu nennen, die ebenfalls der regionalen Gesundheitsagentur obliegt.

Organisation:

Die regionale Gesundheitsagentur ist eine ständige Einrichtung. Bei der Spezifikation der Qualitätsindikatoren und der Kontrolle sollten regionale Experten hinzugezogen werden. Bei der Zusammenstellung der Gremien ist darauf bedacht zu nehmen, die Empfehlungen der Regionalkonferenz einzubeziehen. Die Kontrolle der Qualitätskriterien obliegt jedoch ausschließlich der regionalen Gesundheitsagentur.

Arbeitsmechanismus:

Entsprechend den Aufgaben werden regelmäßige Expertengremien durchgeführt, die sich mit den Qualitätskriterien auseinandersetzen haben. Die Ergebnisse der Gremien werden in „Handlungsleitlinien“, die sowohl die Dokumentations- als auch Evaluationsregeln enthalten müssen, den Entscheidungsträgern der Gesundheitsregionen, bzw. den Gesundheitskonferenzen, bekannt gemacht.

Die Kontrolle der Qualitätskriterien sowie die Führung der Anbieter-Liste erfolgt durch eigene Experten der regionalen Gesundheitsagenturen -. Jeder (Personen, Organisation, etc.) kann per Antrag um Aufnahme in die Anbieter-Liste ansuchen, ein entsprechendes Formularwesen wird zu entwickeln sein. Nach Antragstellung erfolgt ein Prüfverfahren. Das Prüfverfahren ist regelmäßig und ohne Ankündigung zu wiederholen. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens werden auch Vorschriften zur Ergebnisqualität (Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen, Einschreiben in Register, etc.) und Prozessqualität (Teilnahme an DMP, CMP, SSM) vorgegeben. Auf Basis der Vorschriften sind vom Anbieter die „Preise“ zu gestalten. Dumpingpreise, die Zweifel an der Aufrechterhaltung der Qualität über den Zeitraum des Vertrages

aufkommen lassen, ziehen eine Nicht-Aufnahme in, bzw. Streichung von der Anbieter-Liste nach sich. Als Leitlinie dienen dazu die Plankostenrechnungen der Bundes-Gesundheitsagentur.

Gesundheitskonferenzen:

Aufgaben:

Gesundheitskonferenzen sind die dezentralste und kleinste Einheit des Qualitätssicherungssystems. Die wichtigste Aufgabe ist die Beratung der regionalen Gesundheitsagentur über regionale Besonderheiten und Defizite sowie Vorschläge wie diese zu bewerten wären und die Kontrolle der Dokumentationsqualität. Eine Möglichkeit der Änderung der vorgegebenen Handlungsrichtlinien ist auf dieser Ebene nicht vorgesehen.

Organisation:

Die Gesundheitskonferenzen sollten sich in ihrer Organisation an Qualitätszirkeln orientieren. Um eine möglichst effiziente Organisation zu erreichen, sollte der Spielraum für Selbstorganisation weit gesteckt sein. Das wichtigste Instrument ist die Diskussion. Geleitet und eventuell. administrativ unterstützt werden die Gesundheitskonferenzen durch die regionalen Gesundheitsagenturen.

Arbeitsmechanismus:

Die von der Gesundheitskonferenz erkannten Defizite und Besonderheiten der Region werden inklusive einer Maßnahmenempfehlung vom Sprecher der Gesundheitskonferenz der regionalen Gesundheitsagentur schriftlich übermittelt. Die regionale Gesundheitsagentur hat diese Ergebnisse in den entsprechenden Plänen einzuarbeiten. Regelmäßige Soll-Ist-Analysen mit Begründung, sowie ein Maßnahmenkatalog für den Ausgleich etwaiger Abweichungen sind ebenfalls an die regionale Gesundheitsagentur zu übermitteln.

Zusammenfassung

Am Anfang jeder Reform müssen fünf Fragen beantwortet werden:

- (1) Was gehört zur Gesundheitsversorgung und was davon soll öffentlich angeboten werden?
- (2) Wer darf unter welchen Umständen und nach welcher Methode diese Auswahl treffen?
- (3) Wer darf unter welchen Umständen und nach welcher Methode feststellen, ob die Patienten auch das erhalten, was sie brauchen?
- (4) Wer darf unter welchen Umständen und nach welcher Methode feststellen, wie viel solidarisch aufgebracht Geld dem öffentlichen Gesundheitssystem zur Verfügung steht?
- (5) Wer darf unter welchen Umständen und nach welcher Methode festlegen, wer in welcher Form Anspruch hat, ausgewählte Leistungen durch ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem zu erhalten?

Zu diesen fünf wesentlichen Fragen einer Gesundheitsreform schlagen wir folgende Lösungsansätze vor:

- (1) Alle präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen, gesundheitserhaltenden, pflegenden oder palliativen Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die sich mit Krankheiten, Symptomen oder Verhaltensstörungen, die ein Individuum aufweist, seien sie körperlich, seelisch, inklusive der zellulären und genetischen Information, den Strukturen oder Funktionen des Körpers oder eines Teils des Körpers befassen, gehören zur Gesundheitsversorgung und stehen im Interesse der Öffentlichkeit. Daher sind sie auch durch die demokratisch legitimierten Vertreter der Öffentlichkeit zu regeln.
- (2) Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen der Gesundheitsversorgung, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt werden kann, sind Teil des öffentlichen Gesundheitssystems. Ein nationales, unabhängiges, wissenschaftliches und transparent arbeitendes Public-Health-Institut, das in enger Zusammenarbeit sowohl mit den Universitäten, als auch den politischen Entscheidungsträgern zusammenarbeitet, legt fest, welche Leistungen zur Gesundheitsversorgung gehören und welche anderen Bereichen (z. B. Wellness, Arbeitswelt, soziale Prävention und Reintegration etc.) zuzurechnen sind. Die Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems werden in Katalogen geführt, die in englischer und deutscher Sprache im Internet publiziert werden müssen.
- (3) Alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems sind rund um den Patienten und entlang dem Verlauf von Krankheiten zu organisieren, damit Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten. Die dazu notwendige wissenschaftliche Grundlage liefert das nationale Public-Health-Institut, die Organisation erfolgt durch das öffentliche Gesundheitssystem, die Kontrolle, inwieweit das System integriert funktioniert, erfolgt anhand von Indikatoren, die durch das nationale Public-Health-Institut aufgestellt und erhoben werden. Die Indikatoren müssen im Internet publiziert werden.

- (4) Durch die Politik wird auf Bundesebene festgelegt, welcher Anteil der Steuereinnahmen des Bundes für die Gesundheitsversorgung ausgegeben wird. Entsprechend den vorhandenen Mitteln müssen alle damit finanzierbaren Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems der Bevölkerung über das öffentliche Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden. Sollten nicht alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems, die in den veröffentlichten Katalogen geführt werden, durch die festgelegten Mittel finanzierbar sein, ist durch die Vertreter der Öffentlichkeit so dezentral wie möglich eine Priorisierung vorzunehmen oder die Mittel der Gesundheitsversorgung regional zu erhöhen.
- (5) Alle durch Steuern finanzierte Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems sind unabhängig vom Alter und Einkommen in gleicher Qualität mit dem gleichen und niederschweligen Zugang zu gewähren.

Von diesen Grundsätzen, die in der Verfassung zu verankern und in allen betreffenden Gesetzen einzupflegen sind, ausgehend wird ein neues Gesundheitssystem entwickelt. Das Ziel ist klar: Die wesentlichen strategischen Entscheidungen für die Steuerung und Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems wird in die Hand der demokratisch legitimierten Organe gelegt, um Interventionen auf undemokratischen Wegen hintanzuhalten. Um gegenüber dem Steuerzahler den vernünftigen Einsatz der Steuergelder garantieren zu können, werden die Inhalte und Details der Versorgung auf eine transparente und wissenschaftliche Basis gestellt. Die Fragen, was ein Gesundheitssystem kosten darf, kann nur durch den Souverän vorgegeben werden. Wert ist darauf zu legen, dass Transparenz hergestellt ist und der Souverän wirklich entscheiden kann.

Dieser Weg bedeutet, dass die heutigen Sozialversicherungsträger aus der Finanzierungsrolle in der Gesundheitsversorgung abgezogen werden und diese Teile der öffentlichen Hand übergeben. Alle Beiträge, die heute für die Sozialversicherungen für die Gesundheitsversorgung eingehoben, werden abgeschafft. Im zweiten Schritt müssen diese „Einnahmenverluste“ durch Bundessteuern kompensiert werden. Ob es zu einer Erhöhung von direkten oder indirekten Steuern kommt, welche sozialen Komponenten eingebaut werden oder welche Schwerpunkte gesetzt werden sollen, wird in der Entscheidung der Politik liegen – dort gehört sie hin.

Nachdem durch das Parlament die Einnahmenseite demokratisch festgelegt ist, gilt es nun, die Ausgabenseite zu reformieren.

Die dezentralsten und kleinsten demokratischen Einheiten in Österreich sind die Gemeinden und daher der Bevölkerung, dem Souverän am nächsten. Da die Gemeinden aber als einzelstehende Organisationseinheiten meist oder oft zu klein sind, um eine abgestufte und funktionierende Gesundheitsversorgung aufzubauen, sind mehrere Gemeinden in Gesundheitsregionen zusammenzufassen, die gemeinsam für die Versorgung der Bevölkerung zuständig werden. Die Bildung dieser Gesundheitsregionen müssen entsprechend der realen Versorgungssituation und nicht nach Bundesländergrenzen gebildet werden. Eine Gesundheitsregion ist die kleinste Organisationseinheit des öffentlichen Gesundheitssystems.

Jede Gesundheitsregion erhält einen bestimmten Betrag, der sich nach dem Alter, dem Geschlecht, besonderen Krankheitsverläufen und regionalen Kaufkraftunterschieden richtet. Die Daten dazu müssen nach wissenschaftlichen Regeln transparent erstellt werden. Mit dem zur Verfügung gestellten Budget ist regional und verantwortlich die Gesamtversorgung – von der Prävention über die Kuration, die Rehabilitation und Pflege, bis hin zur Palliation – zu organisieren. Die regionalen politischen Entscheidungsträger werden Monopoleinkäufer, die den regionalen Anbietern gegenüber stehen. Es bleibt der Region überlassen, ob sie diese

Leistungen selbst erbringt oder von Dritten „zukauf“. Dritte können unternehmerisch tätige Anbieter als auch öffentliche Anbieter sein. Jede Gesundheitsregion wird sich selbst die Frage stellen müssen, wo sie am wirtschaftlichsten „einkaufen“ kann. Egal wie die Entscheidung auch ausfällt, Geld wird der Leistung folgen. Ausschließlich die Universitätskliniken werden von dieser Organisation ausgenommen und direkt vom Bund geführt werden. Sollte eine Region mit den zur Verfügung gestellten Budgetmitteln nicht auskommen, sind dezentral durch regionale Steuern oder Selbstbehalte die Einnahmen zu erhöhen. Keinesfalls darf es zu einer „Verschiebung“ der Kosten zu anderen geben. Keinesfalls dürfen unter dem Titel der Gesundheitsversorgung Schulden aufgebaut werden.

Die bundesweit einheitlichen Dokumentationsanfordernisse werden komplett neu definiert. Es müssen alle Daten dokumentiert werden, die man braucht, um beobachten zu können, ob der Patient seine ihm zustehende richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle erhält. Daten, über die nicht unter Veröffentlichung des gesamten Datenmaterials (natürlich entsprechend den Datenschutzbestimmungen und unter Wahrung absoluter Anonymität der Patienten!) berichtet wird, dürfen auch nicht erhoben werden. Die Zeit der Datenfriedhöfe muss vorbei sein. Um die Datenqualität zu sichern, müssen alle erhobenen Daten so ausgerichtet sein, dass eine internationale Vergleichbarkeit herstellbar wird. Zudem muss der Patient seine gesamten Daten jederzeit einsehen und selbst vergleichen können. Die Realisierung dieser Vorhaben erfordert eine fundierte e-Health-Strategie.

Ein nationales, unabhängiges und transparent arbeitendes Public-Health-Institut wird mit den erhobenen Daten ein Kennzahlensystem zu nationalen als auch internationalen Vergleichen im Rahmen von Benchmarking-Programmen erstellen. Jede Region wird über diese Kennzahlen dargestellt. Die Berichte des Instituts werden im Internet auf Englisch und Deutsch publiziert.

Durch das Ministerium wird ein autorisierter für ganz Österreich gültiger Katalog aller Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen, die Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind, aufgelegt. Der Katalog wird für die zu finanzierenden Leistungen zudem klare epidemiologische Aussagen pro Gesundheitsregion haben und pro Leistung eine Plankostenkalkulation auf Basis der Kostenrechnungsvorschriften des Bundes darlegen. Dieser Katalog dient als Tarifkatalog und ist das Kernstück aller Planungen des österreichischen Gesundheitssystems.

Die Stationäre Versorgung erfolgt nach dem sogenannten Sachleistungsprinzip. Der Patient hat also Anspruch auf eine stationäre Versorgung, die Gesundheitsregion hat die stationäre Versorgung vorzuhalten und zu bezahlen.

Im gesamten ambulanten Bereich (auch in den Spitalsambulanzen!) wird hingegen vom Sachleistungsprinzip auf das Geldleistungsprinzip (Kostenerstattung!) umgestellt und das „Wahlarztsystem“ eingeführt. Die Erwerbsfreiheit der Leistungsanbieter und die Wahlfreiheit des Patienten, die von allen Politikern und Interessensgruppen immer wieder gelobt wird, kann endlich Realität werden.

An die Stelle der heutigen Selbstbehalte sind monetäre Anreizsysteme einzuführen. Es wird eine Obergrenze von 20 % der Gesamteinnahmen (gegenüber 25 % bis 35 % heute) festgelegt. Folgende Systeme sind einzuführen:

1. Bonus-Malus-Systeme in strukturierten Präventionsprogrammen und Behandlungsprogrammen für Volkskrankheiten
2. Pay-for-Performance-Modelle für ambulante Leistungsanbieter
3. Regionale Steuererhöhung bei „Misswirtschaft“

Um die integrierte Versorgung rasch umsetzen zu können, sind zwei Programme einzuführen:

1. Pflege als solidarisch finanzierte Leistung
2. Primärarztzentrierte Versorgungsmodelle

Die heutigen Versorgungsstrukturen sind zu wenig abgestuft, um effizient entlang des Krankheitsverlaufes ausgerichtet zu werden. Daher sind abgestufte Strukturen sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung umzusetzen. Jede Struktur muss entweder in der Einrichtung selbst oder in unmittelbarer Nähe Pflegeeinrichtungen führen. Die Pflege ist Teil des öffentlichen Gesundheitssystem und daher wie alle anderen Leistungen solidarisch organisiert und finanziert. Die Rehabilitation ist ebenso in das Leistungsspektrum aufzunehmen, wie die Prävention und Palliation.

Als organisatorischer Rahmen ist ein Gesundheitsagentur-System auf drei Ebenen einzuführen: Das Selbstverständnis des Gesundheitsagentur-Systems muss es sein, nicht ein weiterer Komplexitätstreibender Akteur zu sein, sondern zu helfen, die im System befindlichen Gelder mit größtmöglicher Akzeptanz durch für Patienten, Berufsgruppen und Politik) optimal einzusetzen. Die Entscheidung bleibt grundsätzlich immer und nur den demokratisch entsendeten Vertretern vorbehalten. Auf Ebene der einzelnen Gemeinde sind Gesundheitskonferenzen einzurichten, die auf Gesundheitsregionsebene als Regionale Gesundheitsagentur organisiert sind. Auf Bundesebene wird die Bundesgesundheitsagentur eingerichtet. Die Leistungsangebotsplanung wird anhand epidemiologischer Studien unter Berücksichtigung regionalen Informationen erfolgen. Die Qualitätssicherung wird zentral gesteuert.