

Kostenfrage

Ein Blick tief ins ÖKZ-Archiv zeigt: Die steigenden Gesundheits- und vor allem Krankenhausausgaben bekümmern Gesundheitspolitiker nicht erst seit gestern. Ökonomen hatten über die Jahrzehnte ein ganzes Arsenal an Vorschlägen zur Reduktion parat, die einander erstaunlich ähnelten. Manche hielten nicht, was sie versprachen. Andere sind bis heute nicht umgesetzt.

Elisabeth Tschachler

Für Siegfried Eichhorn war klar: „Es ist die Überstrapazierung des Solidarprinzips durch die Patienten, die die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens infrage stellt. Beim Bürger ist das Bewusstsein für den Zusammenhang von Ausgabenbelastung einerseits und zu erwartendem Gesundheitsleistungsangebot andererseits verlorengegangen“, schrieb er. 1969 war das, in der März-Ausgabe der *Österreichischen Krankenhaus-Zeitung* – ÖKZ. Der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, seit 1959 Vorstandsmitglied des Deutschen Krankenhausinstituts, wurde später mit seinem dreibändigen Standardwerk der Krankenhausbetriebslehre zum Wegbereiter der Krankenhausökonomie.

Das Bewusstsein der Bürger und potenziellen Patienten für die Kosten der eingeforderten Gesundheitsleistungen scheint in den vergangenen fünf Jahrzehnten nicht gewachsen zu sein. 30 bis 40 Prozent der jährlich 20.000 ambulant behandelten Patienten seien keine echten Notfälle, hieß es erst unlängst aus der Notfallambulanz der Innsbrucker Klinik. Auch anderswo bemüht man sich um eine Umlenkung der Patientenströme. Am besten in den niedergelassenen Bereich, bloß mag das nicht so recht funktionieren.

Kontrolle bei Neubauten

Dass noch sehr viele andere Faktoren als die Impertinenz der Patienten die Gesundheits- und vor allem Krankenhauskosten steigen lassen, war auch den frühen Gesundheitsökonomern schon klar. Jacobus Stolte, einst einer der starken Männer des niederländischen Gesundheitswesens, sah in der Bekämpfung der steigenden Kosten alle Beteiligten gefordert: „Die im Gesundheitswesen Beschäftigten (besonders die Ärzte) verschreiben zu viele Leistungen, ohne an die daraus entstehenden Kosten zu denken, und die Politiker meinen unter dem Druck zu stehen, immer mehr und bessere Leistungen versprechen zu müssen“, schrieb er vor fünfzig Jahren.

Die eine oder andere dieser Anregungen wurde in der Vergangenheit tatsächlich umgesetzt. Allein, der gewünschte Erfolg, die Kostenentwicklung im Gesundheits- und vor allem Spitalbereich zu dämpfen, war marginal. In Österreich haben sich die öffentlichen Ausgaben für die stationäre Gesundheitsversorgung allein seit 1990 nahezu vervierfacht, die Gesamtkosten belaufen sich mittlerweile auf 10,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Notwendiges Maß

„Kostenbegrenzung ist einmal dadurch möglich, dass Leistungsangebot und Leistungsnachfrage auf das medizinisch notwendige Maß beschränkt werden.“ Auch das schrieb Siegfried Eichhorn 1969. Nur: Was ist das notwendige Maß? Laut den aktuellen EU-Einkommens- und Lebensbedingungsstatistiken geht in Österreich die Zahl der unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarfe gegen Null. Das heißt: Trotz häufiger und lautstarker Beschwerden über das Gegenteil

geben die Österreicher in Befragungen an, medizinisch alles zu bekommen, was sie zu brauchen meinen. Und oft noch mehr, als ihnen und dem System guttut. Das Wort „Übersorgung“ traut sich allerdings bis heute kein Gesundheitspolitiker in den Mund zu nehmen. Und es ist auch erst eine kleine Gruppe kritischer Ärzte, die sich für ein „Weniger ist mehr“ einsetzt, etwa was die Polypharmazie älterer Menschen betrifft.

Aus dem Vollen wird aber nach wie vor nicht nur bei den Arzneimitteln geschöpft. „Ein Punkt, der ungemein ins Gewicht fällt, sind die hohen Preise für medizinische Technologie, für moder-



Krankenhausökonom Eugen Hauke:
Mut zur Weiterentwicklung.



ne Apparate und Maschinen“, hieß es 1979 in der ÖKZ. Diese Entwicklung setzte sich über die Jahrzehnte nahezu ungebremst fort. Seit dem Jahr 2000 hat sich in Österreich die Zahl der Magnetresonanztomographen mehr als verdoppelt, 2016 kamen 22,4 MRT auf eine Million Einwohner, Frankreich kommt im Vergleich dazu mit 14,2 Geräten aus, die Niederlande mit 13. Die Deckelung der Untersuchungen im niedergelassenen Bereich in Wien wurde Anfang 2017 aufgehoben, nachdem die Wartezeiten auf einen Untersuchungstermin explodiert waren.

Vermeidbare Leistungen

Inzwischen spricht man international von „wasteful spending on healthcare“, wenn es darum geht, Leistungen herauszudestillieren, die zu oft, unzweckmäßig oder an falscher Stelle des Gesundheitssystems erbracht werden. Denn auch mangelnde oder Fehlversorgung ist teuer. Von Gesundheitswissenschaftlern werden unter anderem die sogenannten medizinisch begründbar vermeidbaren Aufenthalte (im Fachjargon ACSC abgekürzt von der englischen Bezeichnung „ambulatory care sensitive conditions“) herangezogen, um die Effizienz eines Gesundheitssystems zu bewerten. Laut OECD wären in Österreich 4,8 Prozent der Spitalsaufenthalte (das sind rund 900.000 Krankenhaustage) nicht notwendig. „Ich hätte mir gewünscht, dass man diese Thematik in Österreich weiterverfolgt“, sagt Karin Eglau von der Gesundheit Österreich Ges.m.b.H. Von ihr kam 2015 die fachliche Unterstützung für den Bericht *Medizinisch begründet vermeidbare Krankenhausaufenthalte* im Auftrag der Bundes-Zielsteuerung. Die Arbeitsgruppe hatte, anders als international üblich, nicht nur fünf, sondern sogar zwölf chronische Krankheitsbilder mit insgesamt 250.000 Spitalsaufenthalten jährlich benannt, deren Beschwerden oder Folgeerkrankungen nicht zwangsläufig stationär behandelt werden müssen bzw. durch entsprechende frühere Versorgung – idealerweise im primären Sektor – hintangehalten werden können.

Minutiös verglichen die Autoren des Berichts die einzelnen Regionen und stellten etwa fest, dass die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der Gesamtaufenthalte bei Angina Pectoris in Tirol-West zwischen 2012 und 2013 um 23 Prozent zurückgegangen, im Innviertel aber im selben Zeitraum um 17 Prozent gestiegen war. Weiterführende Projekte wären notwendig gewesen, um aus den zusammengetragenen Daten tatsächlich Handlungsempfehlungen ableiten zu können, wie man nicht nur die Versorgungsqualität verbessern, sondern auch die Krankenhauskosten reduzieren könnte. Doch davon wollten die Gesundheitspolitiker nichts wissen. Im zweiten Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2017-2021) wurde vom Ziel, die vermeidbaren Krankenhausaufenthalte tatsächlich zu vermeiden, abgerückt. Schade, sagt Karin Eglau, denn „auch wenn der Indikator ACSC seine Schwächen hat, so ist ein Indikator mit Limitationen doch besser als gar keiner“.

So liegt die Hospitalisierungsrate beispielsweise aufgrund von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) in Österreich mit 305 Aufenthalten je 100.000 Einwohner weiterhin im

europäischen Spitzenfeld. Zum Vergleich: In Italien sind es 70, 72 in der Schweiz und 101 in Portugal. Selbst vom EU-15+-Durchschnitt mit 194 Aufenthalten ist Österreich weit entfernt. Was Amputationen bei Diabetikern betrifft, liegt Österreich OECD-weit an dritter Stelle. Die Zauberformel heißt bessere Struktur in der Primärversorgung. Doch die zielsteuerungsvertraglich festgeschriebene Organisation von Primärversorgungseinheiten, in denen auch chronisch Kranke eine kontinuierliche Versorgung erfahren sollen, geht recht schleppend voran. „Die Beteiligten zögern, man müsste einen Ausgleich finden“, sagt Eugen Hauke, Krankenhausökonom und langjähriger Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Denn immer noch ist der große Hemmschuh, bisher stationär erbrachte Leistungen in den niedergelassenen Bereich zu transferieren, die duale Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens.

Versickert im Nirgendwo

Auch an dem Schräubchen der Abrechnungsart wurde und wird immer wieder gedreht, um Kosten zu minimieren oder wenigstens transparent zu gestalten. Denn gerade im zersplitterten österreichischen Gesundheitssystem versickert so manche der Fantastilliarden an Finanzierungsströmen als Rinnsal im Nirgendwo.

1997 trat sie, nach jahrzehntelanger Vorbereitung, endlich in Kraft, die leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung LKF, die die Abrechnung per Tagespauschale der ehemaligen KRAZAF-Krankenanstalten durch jene per Fallpauschalen ersetzte. „Das LKF-System hat durch die Verweildauerverkürzung und verbesserte Dokumentation einerseits viel gebracht“, findet Hauke. „Aber wir haben neun LKF, und die ursprüngliche Intention einer besseren Vergleichbarkeit und Transparenz wurde

Weiterführende Projekte wären notwendig gewesen.

nicht verwirklicht, denn jedes Bundesland rechnet anders ab.“ Dazu kommen Codierungsfehler, und die Reduktion der Belagsdauer führt nicht selten zu einem Anstieg der Leistungen pro Aufenthalt. Ein anderes System wäre längst fällig, meint Hauke, vor allem müsste die starke Einflussnahme der Politik auf die Krankenhäuser endlich reduziert werden. Immer noch wissen die Krankenhausmanager mit den besten Kontakten zu den jeweiligen Gesundheitslandesräten ihre Abgangsdeckung auch am besten gesichert.

„Es braucht Mut zur Weiterentwicklung“, sagt Eugen Hauke, nicht nur was die Kostenbremse, sondern was das ganze Gesundheitssystem betrifft. „Aber ich sehe keine Politik, die mutig, umfassend und im Sinne des Patienten in die Zukunft schreitet.“ ::

Elisabeth Tschachler
tschachler@schaffler-verlag.com