

Dezsy, Josef

Article

Die intramurale Krankenversorgung in Österreich

Wirtschaft und Gesellschaft (WuG)

Provided in Cooperation with:

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien

Suggested Citation: Dezsy, Josef (1986) : Die intramurale Krankenversorgung in Österreich, Wirtschaft und Gesellschaft (WuG), ISSN 0378-5130, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Wien, Vol. 12, Iss. 3, pp. 372-380

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/332224>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Die intramurale Krankenversorgung in Österreich

JOSEF DEZSY

Das Krankenanstaltenwesen in Österreich ist nicht nur ein wegen der Organisation ständig diskutiertes, sondern auch ein finanziell ungelöstes Problem der Gesundheitsversorgung.

Man spricht von Kostenexplosion, die in Wirklichkeit eine Leistungsexplosion ist, wobei die Kosten natürlich als Begleit- und Folgeerscheinung auftreten.

Das heutige Krankenhaus ist tatsächlich sowohl eine humanitäre Institution als auch ein hochdifferenzierter, wissenschaftlicher und technischer Dienstleistungsbetrieb, der an der Spitze des Gesundheitswesens steht. Dabei wird die „teuerste Maschine“ oft für inadäquate Maßnahmen und Leistungen in Anspruch genommen.

Die *Stellung des Krankenhauses* in der Gesamtstruktur der Gesundheitsversorgung erfordert klare politische Entscheidungen unter Anwendung gesundheitsökonomischer Grundsätze, so unter anderem etwa

- Klärung der optimalen Verhältnisse von stationärer und ambulanter Behandlung
- Trennung von akuter Behandlung und den dazugehörenden Einrichtungen von der Langzeitbehandlung
- klare Zielvorgabe für die einzelnen Krankenhäuser in verschiedenen Kategorien der qualitativen und quantitativen medizinischen Kapazität

- Abstimmung der verschiedenen Versorgungsstufen (Standard-, Schwerpunkt-, Zentralkrankenhaus) in geographischer und infrastruktureller Hinsicht
- Erkennung der Tatsachen, daß intra- und extramurale Maßnahmen wie in einem kommunizierenden Gefäß aufeinander wirken

Diese klaren Vorgaben, die sowohl volkswirtschaftlich als auch betriebswirtschaftlich von größter Bedeutung wären, gibt es nicht. Das aber bedeutete bisher mehr oder weniger ungehemmtes Wachstum auf der Angebotsseite, was wiederum zu ungelösten Steuerungsdefiziten führte; womit wir mitten im Problem sind und als erstes die Situation betrachten müssen.

1. Anamnese und Diagnose

Um einen Überblick über die Größenordnung und die Vielfältigkeit der Probleme zu geben, wollen wir mit Hilfe einiger Streiflichter die derzeitige Situation aufzeigen.

1. Die Ausgaben für Gesundheit in Österreich sind von 1960 mit 6,09 Milliarden auf 78,22 Milliarden im Jahre 1980 angestiegen.
2. In der sozialen Krankenversicherung sind 99,2 Prozent der Österreicher abgesichert, sodaß die Ausgaben der Krankenversicherung, jedenfalls aber deren Steigerung, als Maßstab für die Steigerung der Kosten angesehen werden kann. Allein in den 10 Jahren – 1973 bis 1983 – haben die Ausgaben für Anstaltspflege um 39,41 Prozent zugenommen.
3. Von 1961 bis 1981 hat die Krankenhaushäufigkeit um 46 Prozent zugenommen; die Zahl der stationären Patienten stieg von 1,021.229 auf 1,495.639.

Diese Zunahme der Leistungen konnte nur durch die Zunahme der Einrichtungen erfolgen und bewältigt werden. Wir können ein Wachstum

der normierten Betten von 68.835 im Jahr 1960 bei 78.525 im Jahr 1980 feststellen. In diesem Zusammenhang

ist natürlich auch die Zahl der angestellten Ärzte und Krankenschwestern entsprechend gestiegen (Tab. 1)

Tabelle 1

Entwicklung des Bettenangebotes in Österreich

	Kranken- anstalten	normierte Betten	Ärzte	Krankenpfl.- personen + MT-Dienste
1921	284	38.996	1.651	6.555
1930	270	38.783	1.784	6.973
1947	246	55.138	2.725	10.453
1955	296	67.122	4.026	14.766
1960	307	68.835	4.418	17.421
1970	321	73.317	5.786	24.421
1980	316	78.525	9.492	39.655

Tabelle 1a

Rechtsträger der Krankenanstalten Österreichs

	Bund	Land	Pol. Bez. Gemein- deverb.	Gemein- den	Kr.- Kassen	AUVA PVA	Orden	Vereine	Privat- perso- nen
1982									
Anstalten: 322	18	82	9	60	8	34	57	11	43
Betten: 83.830	1.071	42.556	2.134	15.939	1.467	4.376	12.931	1.070	2.346
% der Betten:	1,3%	50,7%	2,6%	19%	1,8%	5,2%	15,4%	1,3%	2,8%
1970									
Anstalten: 321	17	76	13	72	7	26	53	10	47
Betten: 78.455	1.045	41.193	2.211	15.450	1.211	2.933	10.962	1.104	2.346
% der Betten:	1,3%	52,5%	2,8%	19,7%	1,5%	3,7%	13,9%	1,4%	3%

Gleichzeitig sehen wir aber auch das an sich schon bekannte Phänomen, das unter dem Namen „Roemersches Gesetz“ bekannt ist („a built bed is a filled bed“), daß in jenen Bundesländern, in denen die Zahl der Betten stark zugenommen hat, auch die Zahl der Patienten entsprechend gewachsen; so beispielsweise hat die Zahl der Betten im Burgenland von 1960 auf 1982 um 128 Prozent zugenommen, die Zahl der Patienten um 162 Prozent. In Salzburg hat die Zahl der Betten um 34 Prozent zugenommen, die Zahl der Patienten um 95 Prozent. (Tab. 2)

Hingegen haben in jenen Bundesländern die Patienten relativ gering zugenommen, in denen auch die Betten nicht zugenommen haben bzw. abgenommen haben; beispielsweise in Wien – 10 Prozent Betten, „nur“ +35 Prozent Patienten. Gleichzeitig haben auch die Pfl egetage in Wien ein Minus von 20 Prozent erfahren.

Insgesamt hat sich die Zahl der Betten in österreichischen Krankenanstalten um 9 Prozent erhöht, die Zahl der Patienten um 64 Prozent und die Zahl der Pfl egetage um 9,5 Prozent.

Daraus ist leicht ersichtlich, daß sich aufgrund der derzeitigen Bezah-

Tabelle 2

Entwicklung der Betten, stat. Patienten und Pflage tage in Österreich

	1960			1970			1982			Veränderung 1960-1982 (gerundet)		
	Betten	Patienten	Pflage tage	Betten	Patienten	Pflage tage	Betten	Patienten	Pflage tage	Betten*	Patienten	Pflage tage
Burgenland	852	18.032	294.450	1.297	26.330	446.018	1.940	47.390	533.341	+128 %	+163 %	+81 %
Kärnten	4.458	72.213	1.521.601	5.281	98.354	1.692.112	5.541	125.678	1.649.477	+ 24 %	+ 74 %	+ 8 %
Niederösterreich	12.631	161.378	4.164.704	13.243	183.089	4.288.779	12.315	248.567	3.706.120	- 3 %	+ 54 %	-12 %
Oberösterreich	10.071	153.600	3.570.443	11.426	191.250	3.790.635	12.938	284.646	3.811.431	+ 28 %	+ 85 %	+ 6,7%
Salzburg	3.877	64.401	1.232.328	4.607	93.037	1.483.170	5.172	125.590	1.517.931	+ 34 %	+ 95 %	+23 %
Steiermark	12.535	162.350	3.988.663	13.656	190.388	4.397.289	13.814	271.370	4.088.177	+ 10 %	+ 67 %	+ 2,5%
Tirol	4.595	67.204	1.373.774	5.339	88.174	1.604.310	5.650	128.230	1.719.369	+ 23 %	+ 91 %	+25 %
Vorarlberg	2.160	27.194	692.230	2.190	33.042	698.300	2.803	51.681	801.042	+ 30 %	+ 90 %	+16 %
Wien	24.981	294.857	8.583.601	23.510	279.783	7.600.498	22.784	397.909	7.154.789	- 10 %	+ 35 %	-20 %
Österreich gesamt	76.170	1.021.229	25.221.794	80.549	1.183.447	26.001.111	82.957	1.681.061	24.983.672	+ 8,9%	+ 64,6%	- 1 %

* Die Bundesländer mit der höchsten Zunahme an Betten weisen auch die höchste Zunahme an Pflage tagen auf!

lungsmodalität, bei der der Pflgegetag und nicht die Leistung bzw. der Fall honoriert wird, hier eine immer größere Schere aufgetan hat. Noch immer also wird das Krankenhaus als Hotel nach „Nächtigungen“, und nicht nach den medizinischen Leistungen beurteilt.

Allerdings ergibt sich aus einem internationalen Vergleich mit Gesundheitsindizes anderer Länder, so also beispielsweise Lebenserwartung, Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung,

Ärzte pro 100.000 Einwohner, Säuglingssterblichkeit und Tod durch Herz-Kreislauf-Versagen, nicht unbedingt ein 1. Rang für Österreich.

Hier sehen wir eindeutig, daß nicht jene Länder, die am meisten Geld für Gesundheitsleistungen ausgeben und am meisten Ärzte pro 100.000 Einwohner haben, die besten Erfolge aufzuweisen haben, sondern es müssen offenbar andere Kriterien für den Erfolg maßgebend sein; siehe hierzu die nachfolgende Tabelle 3.

Gesundheitsindizes international gesehen

Tabelle 3

Land	Ausgaben p. Kopf f. Gesund- heit in Dollar	Ärzte p. 100.000 Einw.	Lebenser- wartung z. Zeit d. Ge- burt in Jahren	Säuglings- sterblich- keit in % d. Le- bendgebo- renen	Tod durch Herz- Kreislauf- versagen p. 100.000 Ew.
USA	1.500	192	75	12	435
BRD	900	222	73	13	585
Frankreich	800	172	76	10	380
Japan	500	128	77	7	266
Großbritannien	400	154	74	12	579
zum Vergleich Österreich 1980/1984	595*	130	69,52 männl. 76,57 weibl.	11,7	413

* 78,2 Mrd. Schilling bei 7,4 Mill. Einwohner = 10.716 Schilling
(Kurs S 18,-/1 US-Dollar)

Die Reihung der Todesursachen hat sich in den vergangenen Jahren 1960 bis 1981 kaum verändert, an erster Stelle stehen nach wie vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krebs, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, der Atmungsorgane und Unfälle. 48,3 Prozent aller Todesursachen stammen von zwei Diagnosen, nämlich Herz/Kreislauf und Krebs; im Jahr 1960 waren es 45 Prozent. Für dieselbe Zeit sehen wir auch eine rasche Zunahme neuer Krankhei-

ten, insbesondere sind dies Krankheiten des Verdauungssystems, des Bewegungs- und Stützapparates, Augen-erkrankungen, Erkrankungen von Geschlechtsorganen (Tab. 4).

Nicht unerwähnt soll bleiben, daß etwa jeder 3. Patient in österreichischen Krankenanstalten über 60 Jahre alt ist, womit bei den heutigen perfekten Eingriffsmöglichkeiten in den chirurgischen Fächern die Zahl der Operationen an sehr alten Patien-

Tabelle 4

Entwicklung der Haupttodesursachen 1960–1981

	1960		1981	
Herz-Kreislauf	29,0%	(8.414 Pers.)	39,5%	(32.625 Pers.)
Krebs	16,0%	(4.890 Pers.)	17,8%	(14.718 Pers.)
Unfälle	7,6%	(2.189 Pers.)	5,4%	(4.528 Pers.)
zentrales Nervensystem	7,0%	(2.018 Pers.)	10,4%	(8.570 Pers.)
Atmungsorgane	6,1%	(1.773 Pers.)	5,4%	(4.513 Pers.)

ten immer mehr zunehmen und die allgemeinen Kosten und die Verweildauer stark beeinflussen. Dies führt allerdings auch zur Überlegung, ob die Bettenverteilung, insbesondere im Hinblick auf die Langzeitversorgung, richtig ist.

Schließlich soll im Hinblick auf die Kosten darauf hingewiesen werden, daß nicht nur das vermehrte Wissen in Biologie, Biomedizintechnik, verbesserte Methoden und Möglichkeiten für die Behandlung früher unbekannter und unbehandelbarer Leiden die Zahl der Beschäftigten hinaufschnellen ließ, sondern auch die Senkung der Arbeitszeit, Verlängerung des Urlaubes, Abfertigung, Entgeltfortzahlung usw., und damit die Erhöhung der Lohnnebenkosten, aber auch die Verschärfung der Sicherheitsbestimmungen, Schaffung neuer gesetzlicher Vorschriften, erhöhter Komfort im Krankenhaus und das Entstehen einer ganzen Reihe neuer Berufsgruppen zu dieser Ausweitung beigetragen hat.

Die „Umschlagshäufigkeit“ – mit anderen Worten: die Verkürzung der Verweildauer – hat sich durch die häufigere Belegung eines Bettes auf die Durchschnittskosten „treibend“ ausgewirkt, ohne jedoch dem Krankenhaus entsprechend höhere Kostendeckung zu bringen.

Als eine weitere Ursache ist die stark gewachsene Anzahl der Untersuchungsleistungen für die Diagnose anzusehen. Man spricht sogar von einem Mißverhältnis zwischen den ungeheu-

ren Möglichkeiten der Diagnostik und der geringeren Therapiemöglichkeiten. In den USA z. B. ist nach Gibson und Waldo die Zahl der pro Patienten erbrachten Laborleistungen bei niedergelassenen Ärzten in der Zeit von 1972 bis 1977 von 900 Millionen auf 1,5 Milliarden angestiegen. Krämer erwähnt in seinem Buch „Wer leben will, muß zahlen“, daß die Anzahl der Labortests bei einer Blinddarmoperation beispielsweise von 5 im Jahr 1951 auf 30 im Jahr 1971 stieg, bei Entbindungen von 5 auf 14.

Dementsprechend stieg die Zahl der von der Krankenkassa zu ersetzenden Leistungsscheine auch im niedergelassenen Bereich.

Die von den Ärzten in einem gewissen Perfektionismus und einer Angst vor Fehlern und Haftung angeordneten Leistungen stehen in keinem Verhältnis zu den relativ wenig gestiegenen Ersätzen der Sozialversicherung: die Schere zwischen Ertrag und Kosten öffnete sich deshalb immer mehr.

Zusammenfassend können wir feststellen, daß sich das Krankenhaus als großartig entwickelnde Institution im Gesundheitswesen einer seit Jahren ständig wachsenden Nachfrage gegenüberübersieht.

Gleichzeitig zeigte sich, daß das Krankenhaus als Anhängsel der Gesundheitsverwaltung ein erwerbswirtschaftliches Denken nicht kennt, vielmehr wird ein reines bedarfswirtschaftliches Denken gefördert. Außerdem läßt die in keiner Weise vollstän-

dige Abgeltung der Kosten ein ökonomisches Denken nicht recht aufkommen.

Solange eine florierende Wirtschaft auf Wachstum aufbauend alles tragen konnte und auch die Gegebenheiten der Medizin und der Technik nicht so umfassend gewachsen sind, konnten Theorien vom „kostenlosen Gesundheitswesen“ florieren. Die Kosten wurden nicht transparent gemacht und nicht beachtet.

Die Schwierigkeit besteht tatsächlich im Kostenbereich darin, daß keine eindeutige und sichere objektivierbare Verbindung zwischen den Kosten der Gesundheitseinrichtungen und -leistungen und der Gesundheit selbst hergestellt werden kann.

Es werden deshalb verschiedenste Korrelationen von Kennziffern im Sekundärbereich herangezogen.

Einer der grundlegenden Irrtümer bestand auch darin, daß man angenommen hat, daß eine Vermehrung der eingesetzten Mittel – Güter und Personal – automatisch mehr Gesundheit bringen würde.

2. Therapievorschläge

Der außerhalb des Krankenhauses Stehende hat sich schon lange gefragt, warum keine Kostenrechnung bestand, obwohl im Krankenanstaltengesetz das Krankenhaus als *Betrieb* bezeichnet wird und jeder kleine Dienstleistungsbetrieb eine solche als Instrument betrieblicher Führung kennt. Tatsächlich war es auch nur einem „Kaiserschnitt“ zu verdanken, daß es gelang, im Jahr 1978 in Österreich eine Kostenrechnung einzuführen, die allerdings nicht auf eine traditionelle Buchführung, sondern auf eine eigenständige Betriebsbuchfhrung basierend, mit viel Arbeit verbunden ein dickes Konvolut künstlicher Grundlage war.

Das Hauptziel war, die Finanzierung auf neue Grundlagen zu stellen, wozu sie jedoch in der praktizierten Art, wie

sich zeigte, nur mangelhaft geeignet ist. Ergeben haben sich, wie wir nach 6 Jahren Kostenrechnung im Krankenhaus sehen, einige „Nebenprodukte“:

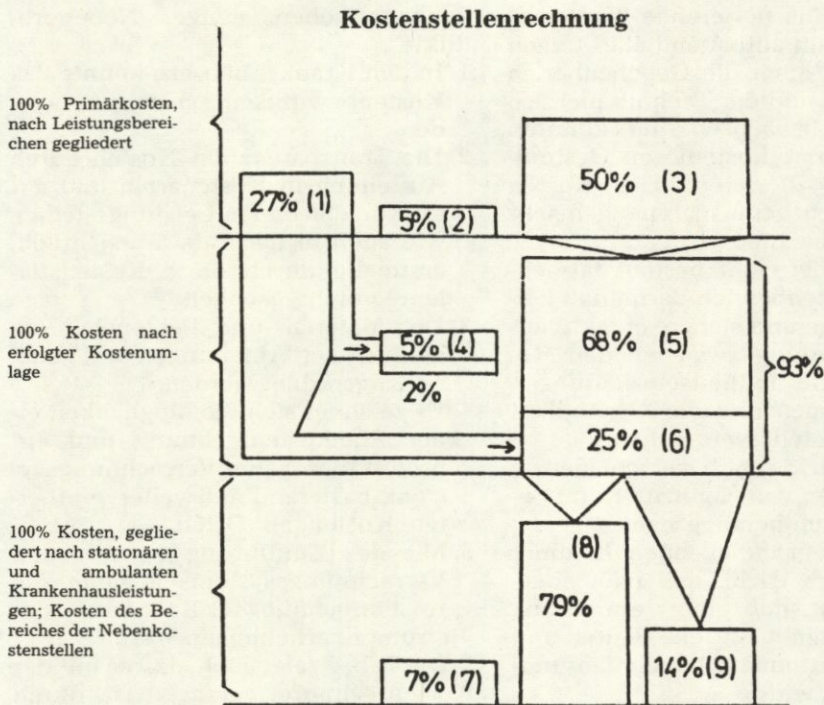
1. In den Krankenhäusern konnte das Kostenbewutsein gesteigert werden
2. Die Transparenz der Kosten durch Aufteilung in Kostenarten und auf die verschiedenen Leistungsstellen, wie auch in der Tab. 5 ersichtlich, erstmalig durch diese Kostenstellenrechnung gegeben.
3. Der Material- und Personaleinsatz konnte nach Abteilungen und generell zugeordnet werden.
4. Es zeichnet sich die Möglichkeit einer Plankostenrechnung und ein produktbezogenes Verrechnungssystem, basierend auf weiterverarbeitete Kosten, ab (DRG).
5. Mit der Einführung eines neuen Verrechnungssystems gewinnt die Kostenrechnung als Kalkulationsinstrument erheblichen Wert.

Die Tab. 5 zeigt auch, daß es mit der Kostenrechnung gelungen ist, durch die horizontale und vertikale Trennung der Kosten in Kostenstellen und Kostenarten eine weitere Dimension im Rechnungswesen der Krankenanstalten zu rffnen. Wesentlich erscheint dabei die Trennung in stationäre und ambulante Kosten.

In diesem Zusammenhang ist auch klarzustellen, daß mit der Kostenrechnung eine *Wirtschaftlichkeit* nicht nachgewiesen werden kann, womit hier die Effizienz des Prozesses der Leistungserstellung gemeint ist; denn Kostenrechnung ist in der heutigen Form lediglich eine Art Additionsaufgabe – die Aufrechnung und Zuordnung von *entstandenen* Kosten. Wofür oder durch welche Leistungen sie jedoch entstanden sind, kann man aufgrund fehlender objektiver Leistungsdaten nicht ermitteln.

Nicht unerwähnt gelassen werden sollte in diesem Zusammenhang auch, daß der ambulante Bereich im Kran-

Verteilung der Kosten auf die Leistungsbereiche in den Krankenanstalten



- 1 = Kosten des nichtmedizinischen Bereiches
- 2 = Kosten des Bereiches der Nebenkostenstellen
- 3 = Kosten des medizinischen Bereiches
(z. B. med. Abteilungen, Ambulanzen, Röntgen, Labor)
- 4 = Kosten des Bereiches der Nebenkostenstellen
- 5 = Kosten des medizinischen Bereiches
- 6 = Kosten des nichtmedizinischen Bereiches
- 7 = Kosten des Bereiches der Nebenkostenstellen
- 8 = Kosten der stationären Krankenhausleistungen
- 9 = Kosten der ambulanten Krankenhausleistungen

kenanstaltenwesen trotz der steigenden Möglichkeiten im niedergelassenen Bereich eine Zunahme erfahren hat, die geradezu besorgniserregend ist. Die Kosten für die ambulante Behandlung in den österreichischen Krankenanstalten stiegen nämlich vom Jahr 1978 mit 1,747 Milliarden auf 3,514 Milliarden, die Zahl der ambulanten Behandlungen hingegen stieg vom Jahr 1979 mit 9,8 Mio. auf 19,7 Mio. im Jahr 1983.

Ein wichtiger Grund dieser explosionsartigen Leistungszunahme ist,

daß das Krankenhaus von den Patienten auch mit kleinsten und kleinen Leiden aufgesucht wird in der Hoffnung, daß im hochtechnisierten Krankenhaus ihre Leiden schneller erkannt und behandelt werden können; all dies unter Umgehung der richtigen kategoriengerechten Vorgangsweise, also der Umgebung des niedergelassenen Praktikers.

Da die öffentlichen Krankenanstalten für einen ambulanten Fall pro Quartal kaum mehr als etwa S 220,- erhalten, ist dieser Entwicklung, nicht

zuletzt im Hinblick auf die wachsende Zahl der Ärzte im extramuralen Bereich, vehement Einhalt zu gebieten, da im Krankenhaus ein oft dem kleinen ambulanten Fall inadäquater Apparat in Gang gesetzt werden muß und damit ineffizient gearbeitet wird.

Als wesentliches Problem stellt sich jedoch volkswirtschaftlich und betriebswirtschaftlich die Frage der *Finanzierung*. Neben der Problematik der Vielfalt der Zahler, deren Ziel es ist, möglichst wenig Aufwand für die Krankenanstalt zu haben, geht es um die schlechte Auswirkung der pauschalen Pfl egetageabgeltung („das verdrehte Anreizsystem“).

Wie bereits erwähnt, wird die Leistung des Krankenhauses nach den erbrachten Pfl egetagen abgegolten (und auch dies bei der Sozialversicherung nur zu etwa 45 Prozent), weshalb die Krankenanstalt die Kosten soweit als möglich über gesteuerte Abrechnungen, d. h. verlängerte Verweildauern hereinzubringen versuchen: eine betriebswirtschaftlich verständliche, volkswirtschaftlich abzulehnende Vorgangsweise.

Die Finanzierung wurde seit dem Jahr 1978 nach Einführung der Kostenrechnung in die Hand des KRAZAF gelegt, der die Defizitzuschüsse nach einem komplizierten Verteilmechanismus verteilt, ohne wirkungsvolle Anreizsysteme anzuwenden – immerhin konnte aber in der neuen Regelung seit 1983 eine vermehrte leistungsbezogene Verteilung eingeführt werden.

Die Tendenz geht jedoch zur Einführung einer Fallpauschale, um dem Krankenhaus für wirtschaftliches Arbeiten mehr Anreiz zu gewähren. Eines dieser Systeme ist das aus den USA stammende DRG-System; dieses System, das den Krankenanstalten also eine gerechtere Abgeltung bringen würde, hat jedoch keinerlei Auswirkung auf die *Nachfrage* und könnte sogar ohne strenge Bedarfsprüfung und Kontrolle zu einer *Ausweitung des Angebotes* führen. Einer der we-

sentlichen Vorteile des Systems hingegen ist, daß das „Produkt“ des Krankenhauses abgegolten wird. Eine optimale Anreizsetzung zum wirtschaftlichen Handeln im Krankenhaus und die wahrscheinliche Reduktion im Akutbettensektor ist als Folge zu erwarten.

Die Einzelleistungsverrechnung existiert hingegen in Österreich nur im privaten Krankenanstaltenbereich. Arzt und Versicherungen müssen die Einzelpreise aushandeln, diese Maßnahmen stärkt die Verantwortung der Beteiligten, ist jedoch genauso wie andere Abrechnungsarten ein „offenes System“; die Nachfrage kann auch hier also nicht beeinflusst werden und deshalb die Leistungsmenge nicht gemindert werden.

Ohne eine Limitierung der Mittel in irgendeiner Form kann strikte Reduktion oder ein geringeres Wachstum nicht erreicht werden. Der KRAZAF erprobt derzeit in 18 Krankenanstalten Österreichs verschiedene Finanzierungssysteme, so etwa das DRG, ein Normkostensystem u. a. Vorgabe (Budgeting-)Systeme, von denen eines ab 1988 zur Einführung gelangen soll.

Gleichgültig welches auch immer zur Anwendung gelangt, wird es wohl unumgänglich notwendig sein, flankierende Maßnahmen zu setzen und wahrscheinlich den KRAZAF zum „zentralen Gesamtabrechner“ von Krankenhausleistung zu ernennen, da die Krankenversicherung nicht in der Lage sein wird, kostendeckende Ersätze aus ihren Einnahmen abzudecken, ohne eine Beitragserhöhung durchzuführen – oder mehr Steuergelder heranzubringen.

Eines der weiteren Probleme ist die Reduktion des Akutbettenangebotes, die nach dem österreichischen Krankenanstaltenplan im ersten Schritt eine Verminderung um rund 2400 Betten bringen soll – eine an sich sehr zu begrüßende Maßnahme, da 80 Prozent der Kosten fixe Kosten sind und damit eine Verbesserung der Situation erreicht werden könnte.

Allerdings muß diese Hand in Hand mit der Planung von Langzeitbetten und Langzeiteinrichtungen gehen. Nach Schätzungen des Gesundheitsministeriums gibt es derzeit rund 1,5 Millionen Pflgetage an „Fehlbelegungen“ pro Jahr infolge inadäquater nicht kategoriengerechter Unterbringung von alten Menschen nach Eingriffen wegen nicht wirtschaftlicher prä- und postoperativer Maßnahmen und fehlender Pflegebetten.

Schließlich sei noch erwähnt, daß das Krankenanstaltenwesen ein schlagkräftiges *Management* benötigt. Die Einführung moderner Betriebsführungsmethoden erfordert die Ausbildung von Managern im Krankenhausbereich und Bildung von neuen Organisationsformen, damit das Management kreativer und effizienter, vor allem jedoch losgelöst von der Hoheitsverwaltung arbeiten kann.

Ausbildungskurse für die Verwaltungsleiter und die kollegiale Leitung der Krankenanstalten gemeinsam sollten Pflicht und Voraussetzung für die Arbeit sein.

Nur mit einer ausgewogenen Verbindung zwischen extra- und intramuraler Versorgung, einem Finanzierungssystem, das Anreize zur wirtschaftlichen Betriebsführung bietet, einerseits und einer verantwortungsbewußten Benutzung der Gesundheitseinrichtungen durch die Bevölkerung andererseits kann es zu einer ausgeglichenen Gebarung im Krankenanstaltenwesen kommen.

Abschließend soll nicht vergessen werden, darauf hinzuweisen, daß die Förderung der Prävention und die Ge-

sundheitserziehung, aber auch die Einführung von Maßnahmen, die Unvernünftige mit einem „Malus“ und Gesundheitsbewußte mit einem „Bonus“ belegt, die Nachfrage einigermaßen einschränken kann. Mit der Einführung eines *Gesundheitspasses* soll das Gesundheitsbewußtsein des Patienten gestärkt werden, denn man kann davon ausgehen, daß der Patient nur *eine einzige* Entscheidung trifft, nämlich ob er ins Krankenhaus geht oder sich extramural behandeln läßt. Alle anderen weiteren Maßnahmen im Krankenhaus hat er infolge seines fehlenden Wissens nicht mehr zu entscheiden; dort entscheiden die Ärzte, die gleichzeitig auch die Rolle des Anbieters und Nachfragers haben.

Wenn damit auch gegen das Krankenhaus gesprochen wird, so soll dies eingeschränkt werden und betont werden, daß es insbesondere hier um die richtige Benützung dieses teuren Bereiches geht. Einsparungen lassen sich nur erreichen, wenn:

1. kategoriengerecht behandelt wird
2. Maßnahmen zur Hebung der Effizienz in der Leistungserstellung gesetzt werden
3. von der Hoheitsverwaltung nicht bevormundete Managements eingesetzt werden
4. Anreizsysteme für die qualitative und quantitative, den Anforderungen entsprechende Leistung eingeführt werden und Leistungen, die erbracht werden und notwendig sind, auch tatsächlich betriebswirtschaftlich richtig abgegolten werden.