

**Finanzierungsformen im primären Versorgungsbereich –
unter besonderer Berücksichtigung der Situation in der
Steiermark**

Dr. med. Martin Sprenger, MPH

Inhaltsverzeichnis

03 – 05	Einführung, Ziel, Methodik
06 – 12	Erster Teil – Reflexion des Krankenkassendilemmas
06 – 06	1.1. Einführung
06 – 07	1.2. Herausforderungen – Einnahmenseitig
07 – 11	1.3. Ausgabenseitig
12 – 12	1.4. Status quo der Finanzierung in der Steiermark
13 – 26	Zweiter Teil – Analyse verschiedener Finanzierungsmodelle des allgemeinmedizinischen Bereiches im Kontext von sechs Kriterien
13 – 16	2.1. Einzelleistungsvergütung („fee-for-service“)
16 – 21	2.2. Kopfpauschalen („capitation“)
21 – 24	2.3. Population based funding
24 – 25	2.4. Gehälter („salary“)
25 – 26	2.5. Fazit
27 – 33	Dritter Teil – Erweiterung der ökonomischen Perspektive
27 – 28	3.1. Annahme: Medizinische Leistungen sind definierbar und objektivierbar
28 – 32	3.2. Annahme: Medizinische Entscheidungen sind medizinwissenschaftlich begründbar
32 – 33	3.3. Annahme: Der Arzt ist alleine verantwortlich für die medizinische Leistungserstellung
33 – 33	3.4. Annahme: Eine Reduktion der Kosten und eine Steigerung der Effizienz im allgemeinmedizinischen Bereich ist durch die sorgfältige Gestaltung der ökonomischen Anreize möglich
34 – 39	Vierter Teil – Konsequenzen für die Situation in der Steiermark
34 – 35	4.1. Wahrnehmung und Akzeptanz der Unsicherheit als zentrales Problem bei der medizinischen Leistungserstellung
35 – 37	4.2. Wahrnehmung und Akzeptanz der Primärversorgung als interdisziplinäre und transdisziplinäre Versorgung zwischen Experten- und Laiensystemen/perspektiven
37 – 39	4.3. Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Verantwortung bei der Steuerung des Primärbereiches und seiner Schnittstellen
40 – 43	Literaturverzeichnis

Einführung

In den letzten Jahrzehnten ist das Interesse an unterschiedlichen Finanzierungsmodellen für den kostenintensiven Gesundheitsbereich ständig gewachsen. Mittlerweile hat sich in fast allen westlichen Ländern eine leistungsbezogene Finanzierung des stationären Bereiches durchgesetzt. Im Gegensatz dazu, gibt es für die Finanzierung des Primärbereiches unterschiedlichste Modelle, die sich oft sehr deutlich voneinander unterscheiden.

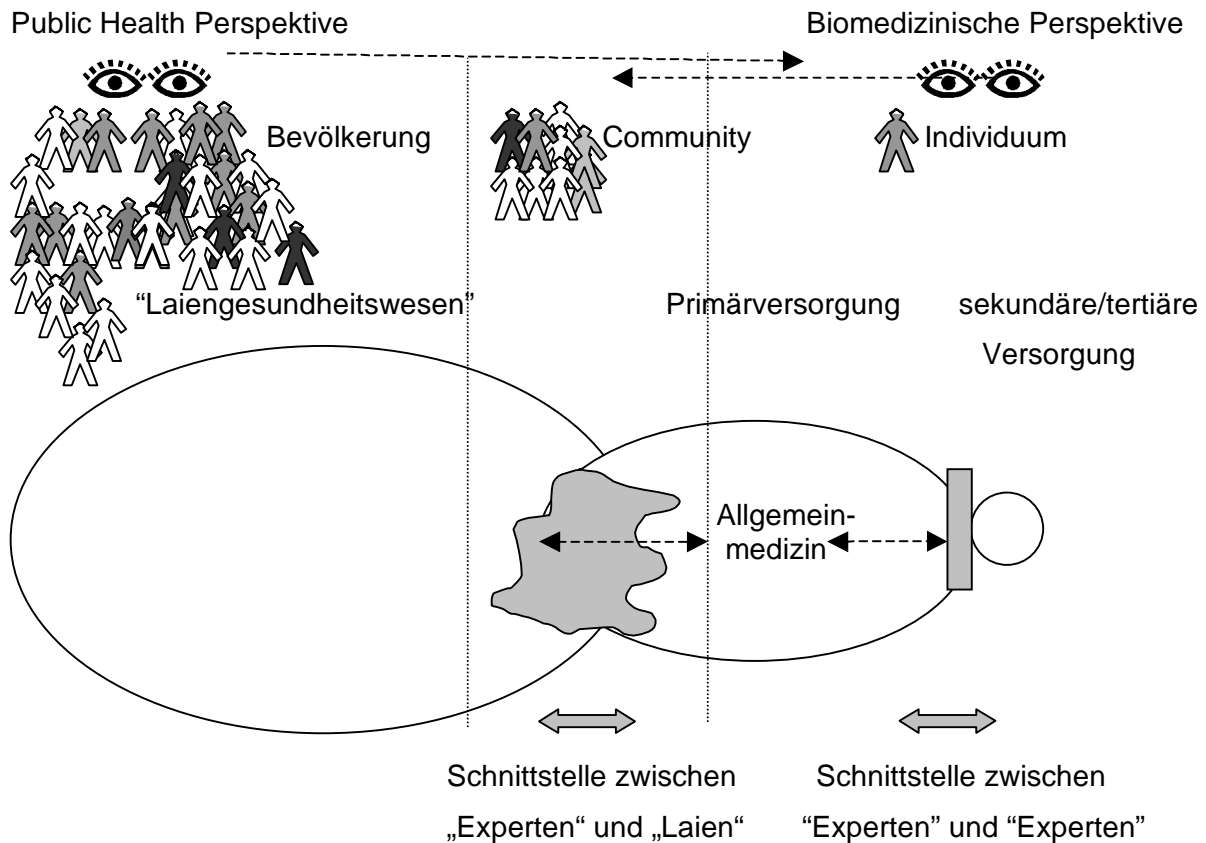
Tatsache ist, dass der Großteil aller Erstkontakte mit dem Gesundheitssystem im Primärbereich (exklusive der Spitalsambulanzen) stattfindet, und manche Autoren schätzen, dass 70-80% der Kosten im Gesundheitsbereich direkt oder indirekt durch Entscheidungen in diesem Bereich entstehen.^{1 2 3} International setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass dem Primärbereich in allen Ländern (unabhängig vom Bruttonationalprodukt, Pro-Kopf-Einkommen, bzw. Pro-Kopf Gesundheitsausgaben) eine Schlüsselposition zukommt.⁴

Im Jahre 1998 hat das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Rahmen für die fachliche und administrative Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung auf allgemeinmedizinischer Grundlage in Europa entworfen.⁵ Bis zum Jahr 2000 sollte die primäre Gesundheitsversorgung in allen Mitgliedstaaten durch eine Reihe von gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und unterstützenden Leistungen sowie durch Förderung der Selbsthilfe des einzelnen Menschen, von Familien und Bevölkerungsgruppen den grundlegenden Bedarf der Bevölkerung an gesundheitlichen Versorgungsleistungen decken. Dieser Rahmen deckt sich mit jenem der historischen internationalen Konferenz von Alma Ata (USSR) im Jahre 1978, bei der Primary Health Care (PHC) folgendermaßen definiert wurde:⁶

“Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially accepted methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.

It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.”

Verbindet man die Aussagen dieser Definition, mit den Ergebnissen einer amerikanischen Studie,⁷ in der von 1000 Individuen, im Zeitraum eines Monats, 800 über Symptome berichteten, 217 einen Arzt aufsuchten, 9 hospitalisiert wurden (davon nur 1 Individuum in einer Universitätsklinik), entsteht folgendes Bild:



Im Zentrum des Primärbereiches stehen als die wichtigsten Leistungserbringer die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. Vor allem aus der Sicht von Gesundheitsökonomien ist die Art und Weise ihrer Bezahlung direkt verbunden mit Verhaltensweisen, Entscheidungsfindung, Leistungserbringung, der Qualität medizinischer Leistungen, deren Effizienz und den zu erwartenden Ergebnissen.⁸ Die Finanzierung des Primärbereiches geht in Österreich in erster Linie zu Lasten der Krankenkassen. Als unmittelbare Folge, sind diese zunehmendem Druck ausgesetzt.

Die Krankenkassendefizite der letzten Jahre haben vielfältige Ursachen, von denen nur wenige mit der Art und Weise der Finanzierung des Primärbereiches zusammenhängen. Obwohl der Schwerpunkt dieser Arbeit eine Zusammenfassung der Erfahrungen mit verschiedenen Finanzierungsmodellen ist, werden die vielfältigen Ursachen und Gründe, sowie eventuelle Lösungen für die derzeitige Krise der Krankenkassen in Österreich, immer wieder angesprochen.

Diese Arbeit gliedert sich in vier Teile:

Im **ersten Teil** wird die Problematik der österreichischen Krankenkassen noch einmal kurz zusammengefasst.

Im **zweiten Teil** werden unterschiedliche Finanzierungsmodelle vorgestellt. Anschließend erfolgt eine Beurteilung der Vor- und Nachteile dieser Finanzierungsmodelle im Kontext von sechs Forderungen:

1. Leistungen von Allgemeinmedizinern müssen kostenlos oder zu geringen Kosten verfügbar und zugänglich sein
2. Der Anteil von Allgemeinmedizinern im ländlichen Bereich wird gefördert
3. Der Anteil von Leistungen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen nimmt zu
4. Gesundheitsförderung und präventive Maßnahmen werden gefördert
5. Die Gesamtkosten im Primärbereich werden gesenkt ohne Kostenverschiebungen in andere Bereiche des Gesundheitswesens
6. Entscheidungsfähigkeit und Verantwortung werden zunehmend an die Konsumenten medizinischer Leistungen zurückgegeben

Im **dritten Teil** soll aufgezeigt werden, dass die anreizorientierte Erklärung ärztlicher Entscheidungsfindung bzw. Leistungserstellung zwar einen Teil, keinesfalls aber alle und nicht einmal die wesentlichsten Bestimmungsmomente darstellt.

Im **vierten und letzten Teil** werden die Konsequenzen für die Situation in der Steiermark diskutiert.

Ziele der Literatursuche

Diese Literatursuche richtet sich an alle die mehr über die Vor- und Nachteile von verschiedenen Finanzierungsmodellen und der damit verbundenen Komplexität bei der Steuerung des Primärbereiches lernen wollen. Um diesem Ziel gerecht zu werden, versucht diese Arbeit über die rein ökonomische bzw. rein medizinische Perspektive hinauszuschauen, um die wesentlichen Bestimmungsmomente bei der Entscheidungsfindung im Primärbereich sichtbar zu machen.

Methodik

Die elektronische Datenbank Medline wurde auf relevante Artikel seit 1990 durchsucht. Keywords: primary care, general practice, managed care, fee-for-service, fundholding, capitation, population based funding, enrolment und registration in unterschiedlichen Kombinationen.

Das Internet bot, neben einschlägiger Literatur aus diversen Bibliotheken, eine weitere Quelle zur Informationsbeschaffung.

Erster Teil – Reflexion des Krankenkassendilemmas

1.1. Einführung

Die entgegengesetzte Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben bescherte den Krankenkassen eine der größten Herausforderungen seit ihrer Gründung. Nach den Prognosen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungen, wird sich das negative Gesamtergebnis der 27 Sozialversicherungsträger von minus 148,2 Millionen Euro im Jahre 2001 bis 2004 auf ein Minus von 621,5 Millionen Euro fast verfünffachen.⁹

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig.

1.2. Herausforderungen - Einnahmenseitig

Von den Versicherten fließen 6,4% - 9,1% von der nach oben begrenzten Beitragsgrundlage zu den Krankenversicherungen. Bei den unselbständig Erwerbstätigen werden die Beiträge zur einen Hälfte vom Dienstnehmer und zur anderen Hälfte vom Dienstgeber getragen.

In der Steiermark beliefen sich die Gesamteinnahmen der größten Krankenkasse (mit dem zweitgrößten Budget nach dem Land), der steiermärkischen Gebietskrankenkasse, im Jahre 2001, auf 1006 Millionen Euro. Davon wurden ca. 828 Millionen Euro durch Beitragszahlungen der Versicherten eingenommen. Der Hauptteil der Beitragszahlungen wurde von den pflichtversicherten Erwerbstätigen geleistet, deren Anteil ca. 552 Millionen Euro ausmachte - der zweitgrößte Anteil im Ausmaß von 164 Millionen Euro stammt von den Beiträgen der Pensionisten.¹⁰

Die enge Bindung der Sozialversicherungsbeiträge an den Arbeitsmarkt hat zur Folge, dass sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer Gründe gegen eine Beitragserhöhung anführen. Auf der Arbeitgeberseite wäre eine Beitragserhöhung automatisch mit steigenden Lohnnebenkosten verbunden. Dies wiederum führt zu einer Benachteiligung im internationalen Wettbewerb, zum Beispiel mit Ländern in denen Unternehmer keine Beiträge zur Sozialversicherung leisten. Deshalb üben Unternehmer über ihre politischen Interessensverbände Druck auf die Politik aus, dass der Beitrag der Arbeitgeberseite eher reduziert werden sollte als erhöht. Auf der Arbeitnehmerseite bedeutet eine Beitragserhöhung weniger Nettolohn. Unter Berücksichtigung der in den letzten Jahren stark gestiegenen Selbstbehalte ist somit auch den Arbeitnehmern eine Beitragserhöhung nur schwer vermittelbar.

Durch die enge Verknüpfung mit dem Arbeitsmarkt führen zwei weitere Faktoren zu einnahmeseitigen Problemen – Arbeitslosigkeit und vorzeitige Pensionierung.

Auch die Bevölkerungskennzahlen der nächsten 30 Jahre werden nicht für eine Entspannung sorgen. So wird die Belastungsquote, diese entspricht der Anzahl der unter 15jährigen plus die Anzahl der über 65jährigen auf die Anzahl der 15 bis 65jährigen, von derzeit 50% auf 62% im Jahre 2030 steigen.¹¹ Vertauscht man Zähler und Nenner, dann wird aus der Belastungsquote eine Unterstützungsrate. Das heißt, die Anzahl der unterstützenden Personen im Erwerbsalter für jede Person im Alter von 65 und mehr Jahren beträgt derzeit 4,4. Bis zum Jahr 2030 wird dieser Wert auf 2,6 Personen sinken.

Aus dem oben gesagten ist zu erkennen, dass für den größten Finanzier im Primärbereich, die Krankenkassen, die Entwicklung der Einnahmen, da gesetzlich vorgegeben, größtenteils nicht beeinflussbar ist.

1.3. Ausgabenseitig

Die soziale Krankenversicherung finanziert etwas mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben in Österreich. Seit 1985 ist der Beitrag der Sozialversicherungsträger an den Gesamtausgaben von 75% auf 70% gesunken, während der Anteil der privaten Haushalte von 20% auf 33% gestiegen ist.

Der Beitrag der sozialen Krankenversicherung an den Kosten des stationären Bereiches, derzeit ca. die Hälfte der Gesamtkosten, ist gesetzlich geregelt und limitiert.¹²

Im Primärbereich hat die soziale Krankenversicherung einen gesetzlichen Versorgungsauftrag. Im Gegensatz zum stationären Bereich, haben (*hätten*) die Krankenkassen im Primärbereich die Möglichkeit steuernd einzugreifen und langfristig zu planen. Zum Beispiel durch Vergabe von Kassenverträgen für niedergelassene Ärzte (3/4 aller niedergelassenen Ärzte sind Vertragsärzte), Aufnahme von Arzneimitteln in das Heilmittelverzeichnis, sowie Festlegung der Abgeltung für medizinische Leistungen in Verhandlungen mit den Ärztevertretern. Einschließlich der stark gewachsenen Beiträge der privaten Haushalte verwendet Österreich mehr als ein Drittel seiner Gesundheitsausgaben für den Primärbereich.

Bleiben wir beim Beispiel der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse. Im Jahre 2001 betragen die Ausgaben für Versicherungsleistungen 959 Millionen Euro, wobei der größte Ausgabenposten die Anstaltspflege einschließlich der medizinischen Hauskrankenpflege mit ca. 283 Millionen Euro betraf. 250 Millionen Euro flossen in die Abgeltung ärztlicher Hilfe und gleichgestellter Leistungen, 226 Millionen gab man für Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel aus, und 11 Millionen Euro für präventive Maßnahmen.¹³

Die Herausforderungen für die Finanzierung der primären Versorgung, welche zum Großteil von den gesetzlichen Krankenkassen getragen wird, ergeben sich aus folgenden Entwicklungen.

1.3.1. Epidemiologische Entwicklungen

Die Erfolge der modernen Medizin trugen zwar nur einen kleinen Teil dazu bei, dass die Lebenserwartung der Österreicher noch immer um 1,5 Jahre pro Jahrzehnt zunimmt, aber sie tragen viel dazu bei, dass immer mehr Menschen trotz chronischer Erkrankungen steigende Lebenserwartungen aufweisen. Diese Verlängerung der morbiditätsgeprägten Lebensphase wird durch die Verknüpfung mit der technologischen Entwicklung im Gesundheitsbetrieb zum größten kostentreibenden Faktor. Die Frage der gerechten Finanzierbarkeit von Gesundheitssystemen hängt somit wesentlich davon ab, wie man dieser Entwicklung begegnet. In Bezug auf die Möglichkeiten der Primärversorgung stellt dies die vielleicht größte Herausforderungen für die gesetzlichen Krankenkassen in Österreich im 21. Jahrhundert dar.

Trotz Verringerung der Mortalität von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen in absoluten Zahlen, beträgt ihr relativer Anteil an den Todesursachen in etwa 75%, mit steigender Tendenz. Diese epidemiologischen Entwicklungen führen zu einer Zunahme von chronischen Krankheitsverläufen und multimorbiden Patienten. Für die Gesundheitsversorgung wichtig ist der wechselhafte Verlauf chronischer Erkrankungen, mit stabilen und instabilen Phasen. Hinzu kommt das mangelhafte Wissen über die Zusammenhänge von chronischen Krankheitsverläufen, Steuerungsmöglichkeiten, Kosten und Behandlungsergebnissen. Dies führt zu großen Unterschieden in der Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen, mit den Folgen der Über- und Unterversorgung, aber selten optimalen Versorgung dieser wachsenden Bevölkerungsgruppen. Dazu der Gesundheitsökonom Christian Köck:

„ Aus ökonomischer Sicht ist der Zweck einer Versicherung die Absicherung gegen wenig wahrscheinliche, unvorhersehbare und mit wesentlichen Auswirkungen verbundene Risiken. Diese Grundbedingung ist bei einer chronisch-degenerativen Erkrankung nicht gegeben. Wir wissen nämlich bereits heute mit beinahe 100prozentiger Wahrscheinlichkeit, wer im nächsten Jahr sicher krank sein wird – nämlich die, die es bereits heute sind.“¹⁴

Aus der Sicht der Krankenkassen sollte das Augenmerk nicht, wie derzeit, auf kurzfristig wirksame Kostensenkungen beruhen, sondern langfristig wirksame Konzepte forcieren. Zum Beispiel Präventionsmaßnahmen, Reduktion instabiler Episoden durch besseres Management bzw. Stärkung der Selbstversorgung, Aufbau und Förderung von Beziehungen

zwischen Gesundheitssystem und Betroffenen, Verlagerung der Versorgung in den Primärbereich bei entsprechender Organisation und Finanzierung.

1.3.2. Demografische Entwicklungen

Vor allem soziale, hygienische und ökonomische Verbesserungen führten zu einer deutlich gestiegenen Lebenserwartung in den reichen Ländern. Die Leistungen der modernen Medizin sowie die niedrige Geburtenrate trugen ebenfalls dazu bei, dass das Verhältnis von Einnahmen (Beitragszahler) und Ausgaben (Inanspruchnahme) immer ungünstiger entwickelt. 1998 lag in der Steiermark die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt für Mädchen bei 81 Jahren, für Buben bei 75 Jahren. Im Jahr 2000 können Frauen im Alter von 60 noch mit durchschnittlich 24 weiteren Lebensjahren rechnen, 60-jährige Männer mit 20 Jahren.¹⁵ Altern an sich ist zwar keine Krankheit, führt aber unter der derzeitigen Konzeption von Versorgungseinrichtungen (Defizitmodell) zu einem Mehr an Leistungen. In dem Maße wie Menschen älter werden, erhöht sich auch die Frequenz der Inanspruchnahme von angebotenen Interventionen. Für die Finanziere ergibt sich die Situation, dass mit der relativen Zunahme von älteren Menschen in der Gesellschaft, die Gesundheitsausgaben pro Kopf ansteigen. Manche Autoren schätzen, dass mehr als 60% der Gesundheitsausgaben in westlichen Ländern für die Behandlung unheilbarer Erkrankungen („non-curable diseases“) ausgegeben wird,¹⁶ ca. 60% der Ausgaben für Menschen über 60,¹⁷ ca. 60% im letzten Lebensjahr von Menschen (inkludiert alle Altersgruppen), und davon wieder ca. 60% in den letzten drei Monaten vor dem Tod.¹⁸

1.3.3. Erhöhte Nachfrage

Trotz der deutlich gestiegenen Selbstbehalte in Österreich, gibt es derzeit keinen Grund für Versicherte in Österreich im Bedarfsfall auf medizinischen Leistungen zu verzichten. Aufgrund ihrer/seiner Versicherung ist der Konsument an den Behandlungskosten kaum beteiligt und wird alles einfordern was zu einer Wiederherstellung ihrer/seiner „Gesundheit“¹⁹ beitragen können. Dabei kommt das Informationsdefizit von Konsumenten zu tragen, welche nur schwer beurteilen können, was medizinische angemessen bzw. erforderlich ist. Dieses Problem wird durch die Art und Weise der Finanzierung von niedergelassenen ÄrztInnen noch verschärft (siehe zweiter Teil). Letztendlich ist es ein Phänomen westlicher Gesellschaften, dass der Großteil der PatientInnen (aber auch viele ÄrztInnen) den menschlichen Organismus als Analogon zu einer technischen Maschine betrachten und daraus die Zuversicht auf eine perfekte Reparatur ableiten. Je aufwendiger diese „Reparatur“ betrieben wird, um so besser.

1.3.4. Technologischer Fortschritt

Die vor allem in der Produktinnovation sehr erfolgreiche medizintechnologische Industrie (inkl. der pharmazeutischen Industrie), bewirkte einen enormen Zuwachs an Interventionsmöglichkeiten im diagnostischen und therapeutischen Bereich. Diese Aufrüstung des biomedizinischen Sektors wird durch den Glauben gefördert, dass der medizinische Fortschritt in einem direkt proportionalen Verhältnis mit der medizintechnologischen Entwicklung steht. Mittlerweile sind die Diagnosemöglichkeiten so verfeinert worden, dass man Individuen als krank identifizieren kann, die sich selbst noch gar nicht krank fühlen, und mit dem Durchbruch von genetischen Tests für größere Bevölkerungsgruppen, werden zunehmend Menschen identifiziert, die nicht krank sind, sich nicht krank fühlen, aber mit X% Wahrscheinlichkeit krank werden könnten. Die traditionelle biomedizinische Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, führt zu dem Paradox, dass die Medizintechnologie nicht nur die Möglichkeiten zur Diagnose und Therapie verbessert, sondern beginnt Krankheiten selbstständig zu definieren.²⁰

Unter Entscheidungsträgern in Österreich dominiert noch immer der Glaube, dass sich Gesundheit durch den Massenkonsum von Versorgungseinrichtungen sowie Massenmedikalisierung großer Bevölkerungsgruppen produzieren lässt. Eine solche Konzeption von Medizin wird sich auf Dauer weder finanzieren lassen, noch zu einer Verbesserung von Gesundheitsergebnissen führen. Die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend. Deshalb ist es wichtig zu erkennen, dass zwischen dem Gesundheitsbegriff der Versorgungseinrichtungen und ihrer Definition von Behandlungsbedürftigkeit einerseits, und dem subjektiven Gesundheitsbewusstsein und Behandlungswunsch von Individuen bzw. der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auf der anderen Seite, nur lose Zusammenhänge bestehen. Die effektive Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entspricht demnach kaum dem tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung. De facto hat die Gesundheitsnachfrage nur sehr wenig mit Gesundheit bzw. Krankheit zu tun.²¹

1.3.5. Systemineffizienzen

Systemineffizienzen entstehen zumeist an Schnittstellen im Gesundheitswesen. An diesen Übergängen wechseln nicht nur die Akteure, deren Leistungsspektrum und Finanzierung, sondern auch Wahrnehmungen, Definitionen, Perspektiven, etc.

Schnittstellen gibt es zum Beispiel zwischen:

- medizinischem Personal, z.B. ÄrztInnen, Pflegepersonal, Physiotherapeuten
- Abteilungen, z.B. Chirurgie – OP, Chirurgie – Interne

- ambulanten und stationärem Bereich
- ökonomischen und medizinischen Akteuren, z.B. Management und Ärzteschaft
- Anbietern und Finanziers, z.B. AllgemeinmedizinerInnen und Sozialversicherungen
- gesetzgebenden und ausführenden Organen, z.B. Bund und Ländern
- klinischer Forschung bzw. Grundlagenforschung und klinischer Praxis
- Instituten, Fakultäten und Universitäten
- Lernenden, Lehrenden und Forschenden

Vor allem die fehlende Vernetzung von ambulanten und stationären Bereich rückt angesichts der komplexen Anforderungen von chronischen Krankheitsverläufen und der zunehmenden Anzahl an pflegebedürftigen, multimorbiden PatientInnen, in das Blickfeld von Entscheidungsträgern.

Erstaunlicherweise blendet dieser auf die Expertenschnittstelle fokussierte Blick, die Schnittstelle zwischen Experten und Laien bzw. Primärversorgung und Laiengesundheitswesen (und damit >90% aller Kontakte mit dem Gesundheitswesen) fast vollständig aus. Der „Iceberg of illness“²² bleibt den „Experten“ verborgen und damit alle Systemineffizienzen die an dieser Schnittstelle entstehen bzw. verursacht werden.

Das Krankheitsverhalten bzw. die Nachfrage nach Leistungen des Gesundheitssystems ist von Land zu Land verschieden. Trotzdem zeigen die im Einführungsbild angeführten Relationen eindeutig, dass die meisten Gesundheitsstörungen ohne Inanspruchnahme des „offiziellen“ Gesundheitssystems „behandelt“ werden. Wir haben es mit fließenden Übergängen zu tun. Laiengesundheitswesen, primärer Versorgungsbereich und klinisch-stationäre Spezialmedizin, stehen in Resonanz zueinander, und in Resonanz mit den kulturellen, sozioökonomischen, umweltbedingten, politischen und anderen Systemen einer Gesellschaft.^{23 24 25} Moderne Gesundheitssysteme können sich dieser Resonanz nicht entziehen, sie beeinflussen und werden beeinflusst durch alle Ereignisse, welche innerhalb und außerhalb des Systems stattfinden. Unbedeutende Ereignisse können dabei große Auswirkungen haben (z.B. der mediengerechte, skandalöse medizinische Einzelfall), während enorme Ereignisse, ohne wesentliche Konsequenzen, dynamisch aufgefangen werden (z.B. Krankenkassendefizite, Ausgleichszahlungen der Länder).

Die wichtigste Eigenschaft, die moderner Gesundheitssysteme im 21.Jahrhundert auszeichnen sollte, wird somit die Fähigkeit und Bereitschaft sein, verbesserungsfähig, veränderungsfähig und reaktionsfähig zu bleiben.²⁶

1.4. Status quo der Finanzierung in der Steiermark

Wenn der Anspruchsberechtigte (Versicherte) einen Krankenschein vorlegt können die niedergelassenen allgemeinmedizinischen VertragsärztInnen jede von ihnen erbrachte Leistung mit dem jeweiligen Sozialversicherungsträger verrechnen. Die VertragsärztInnen erhalten pro Quartal für jede behandelte Person eine Pauschale (Grundleistungsvergütung pro Krankenschein). Sonderleistungen werden separat je nach Punktwert honoriert. In der Honorarordnung sind ca. 1.000 Sonderleistungspositionen enthalten. Man kann sie unterteilen in:

- allgemeine Sonderleistungen
- Sonderleistungen aus den Fachgebieten
- die Physiotherapie
- elektrokardiographische Untersuchungen
- Röntgenleistungen

Die Honorierung nach Einzelleistungen ist im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) angeordnet (§ 342, Abs. 2).

Die Höhe des Honorars für die Grundleistungen und Sonderleistungen (Geldwert des einzelnen Punktes) wird zwischen der Interessensvertretung der ÄrztInnen (Ärztelkammer für die Steiermark) und der Sozialversicherung jährlich vereinbart und in die Honorarordnung aufgenommen. Die Honorarordnung bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages, der für die Vertragsärzte ex lege unmittelbar verbindlich ist. Die Honorarordnung enthält:

- die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen
- das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen
- die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Eurobeträgen

Zusammenfassend kann man sagen, dass die VertragsärztInnen in der Steiermark ihr Honorar nach einem gemischten System erhalten; einer Pauschale pro Quartal, Versichertem bzw. Krankenschein und entsprechender Vergütung der erbrachten in der Honorarordnung enthaltenen Einzelleistungen (Sonderleistungen).

Zweiter Teil – Analyse verschiedener Finanzierungsmodelle des allgemeinmedizinischen Bereiches im Kontext von sechs Kriterien

1. Leistungen von AllgemeinmedizinerInnen kostenlos oder zu geringen Kosten verfügbar und zugänglich sein
2. Der Anteil von AllgemeinmedizinerInnen im ländlichen Bereich gefördert wird
3. Der Anteil von Leistungen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zunimmt
4. Gesundheitsförderung und präventive Maßnahmen gefördert werden
5. Die Gesamtkosten im Primärbereich gesenkt werden ohne Kostenverschiebungen in andere Bereiche des Gesundheitswesens
6. Entscheidungsfähigkeit und Verantwortung zunehmend an die Konsumenten medizinischer Leistungen zurück gegeben wird

2.1. Einzelleistungsvergütung („fee-for-service“)

Der Einzelleistungsvergütung liegt die Idee zugrunde, jede Leistung mit einer entsprechenden Zahlung zu verknüpfen. Diese Verknüpfung kann jedoch verschiedene Formen annehmen:

- Die entsprechenden Zahlungen können individuell, durch den Leistungserbringer, festgesetzt werden (Begrenzung durch den Markt), oder werden durch eine übergeordnete Finanzierungsstelle (z.B. Krankenkasse) nach Verhandlungen mit den Leistungserbringern festgelegt
- Der Leistungserbringer hat, oder hat nicht, das Recht seine PatientInnen frei zu wählen
- Zahlungen können von Patient zu Patient variieren (auch bei festgelegten Sätzen – z.B. zwischen älteren und jüngeren PatientInnen) oder auch nicht
- Leistungen können vollständig oder nur teilweise bezahlt werden

Der Bezahlung mittels Einzelleistungsvergütung basiert auf der Annahme, dass sich jede Krankheitsepisode in medizinische Einzelleistungen zergliedern lässt und die Erbringung dieser Einzelleistungen eindeutig medizinisch-wissenschaftlich begründbar ist. Jede erbrachte Einzelleistung erhält eine Gewichtung. Diese äußert sich in der Höhe der dafür geleisteten Bezahlung. Dabei werden diagnostetchnisch- wie therapieintensive Maßnahmen höhergestellt, als etwa die zeitintensiven körperlichen Untersuchung bzw. ein ausführliches ärztliches Gespräch. Auch unter der Annahme, dass ÄrztInnen sich nicht durch ökonomische

Anreize in Diagnostik und Therapie beeinflussen lassen, sondern moralisch und fachlich einwandfrei agieren, lässt sich, im Rahmen der Einzelleistungsvergütung, genug Spielraum für ein Mehr an medizinischen Leistungen finden („supplier induced demand“).

Zum einen suggeriert diese Form der Vergütung, dass unbeschränkt Ressourcen zur Verfügung stehen und durch Leistungserstellung abrufbar sind. Zum anderen werden sich im Unsicherheitsfall, sowohl der durch seinen Versicherungsschutz kostenunbewusste Patient, als auch der sich im Entscheidungsprozess befindliche Leistungserbringer, für mehr Diagnostik und eventuell auch ein Mehr an Therapie entscheiden.

Da im Rahmen der Einzelleistungsvergütung dem Arzt nur das Erbringen von Leistungen vergütet wird, fördert diese Art der Bezahlung den diagnostischen und therapeutischen Aktionismus. Dies wird zusätzlich unterstützt von einer Rechtslage, bei der es juristisch gesehen günstiger ist, irgendetwas zu tun, anstatt etwas zu unterlassen.

2.1.1. Vorteile:

Als ein wesentlicher Vorteil der Einzelleistungsvergütung gilt die freie Arztwahl und die relativ hohe Patientenzufriedenheit in Ländern mit Einzelleistungsvergütung. Ein weiterer Vorteil besteht in der Möglichkeit einen Anreiz für bestimmte gewünschte Leistungen (z.B. Mutter-Kind Pass Untersuchung, Vorsorgeuntersuchungen, Hausbesuche) zu setzen.

Starfield B.²⁷ fand (überraschenderweise) in einem Vergleich unterschiedlicher Finanzierungsformen, in Ländern mit überwiegender Einzelleistungsvergütung niedrigere Überweisungsraten, weniger Konsultationen pro Woche und längeren Konsultationszeiten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine internationale Vergleichsstudie.²⁸ Auch eine finnische Studie²⁹, welche 1990 die Auswirkungen eines Wechsels von Kopfpauschalen auf Einzelleistungsvergütung bei niedergelassenen ÄrztInnen in Kopenhagen untersuchte, fand zwar eine Steigerung der ärztlichen Aktivitäten, die aber auf eine Steigerung der Leistungsanzahl pro Patient und nicht, wie vielleicht eher anzunehmen, auf eine Zunahme der Konsultationen zurückzuführen war. Diese Zahl blieb in etwa gleich. Die Anzahl der Verschreibungen fiel ebenfalls zugunsten der Anzahl von Konsultationen und die Anzahl der Überweisungen ging zurück. Insgesamt stieg das Einkommen der ÄrztInnen bei gleichbleibender Arbeitszeit.

2.1.2. Nachteile

Unabhängig vom Berechnungsmodus im Einzelleistungsvergütungssystem (durch Markt reguliert oder durch Verhandlungen festgesetzt), haben Leistungserbringer ein Interesse an einer stetigen Erhöhung ihrer Gebühren. Somit wohnt diesem Vergütungsmodell eine

Tendenz zur schleichenden Erhöhung von Vergütungssätzen inne, da eher Sätze aus der Vergangenheit als Bezugsbasis herangezogen werden, als eine den aktuellen („realen“) Kosten angepasste Vergütung.

Zusätzlich besteht der Anreiz, die Durchlaufszahlen von PatientInnen zu erhöhen. Da an dem Faktor Zeit im Gesundheitswesen genereller Mangel herrscht, führt eine derartige Maximierung von Leistungen bzw. Patientenzahlen dazu, dass zeitintensive Leistungen (z.B. Anamnesegespräche, körperliche Untersuchung) durch diagnostische und andere apparative Maßnahmen ersetzt werden. Helfern kommt bei dieser Maximierung eine wachsende Bedeutung zu, wobei der Arzt nur mehr die Auswertung von Ergebnissen vornimmt bzw. vom Helfer eingeleitete Maßnahmen (z.B. Überweisung, Verschreibungen) gegenzeichnet, ohne den Patienten wirklich zu Gesicht zu bekommen.

Dem Anreiz zur Überversorgung kommt zusätzliche Bedeutung zu, wenn man bedenkt dass Gesundheitsbudgets begrenzt sind und deshalb Mehrkosten in einem Bereich immer zu Lasten von anderen Bereichen führen, wo Ressourcen evtl. effizienter und effektiver eingesetzt werden könnten.

Eine kanadische Studie³⁰ fand, dass viele grundlegende Aktivitäten im Primärbereich nicht in ein Einzelleistungsvergütungssystem eingebettet werden können. Darunter fallen zum Beispiel Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge, Beratungsgespräche, sowie die Zeit, die zur Informationsgewinnung bzw. Patientenmanagement aufgewendet wird.

Jede Reduktion der Gesamtausgaben bei gleichbleibender Ärztedichte, reduziert automatisch das Einkommen vieler ÄrztInnen bzw. könnte zu ungewünschten Umverteilungen in der niedergelassenen Ärzteschaft führen. Dieser Effekt dürfte am stärksten bei der Einzelleistungsvergütung zu tragen kommen, da diese Finanzierungsform von vornherein die größten Einkommensunterschiede aufweist. Die gleichmäßigste Einkommensverteilung wird mittels Gehältern erzielt, während Budgets und Kopfpauschalen eine Mittelstellung einnehmen.³¹

Die gleiche Reihenfolge ergibt sich auch für administrativen Aufwand für Anbieter und Finanziers. Während Gehälter am wenigsten Bürokratie erfordern, steigert sich diese bei der Administration der Einzelleistungsvergütung ins Verantwortungslose. Auch der vermehrte und gezieltere Einsatz von Datenverarbeitungssystemen kann diesen gravierenden Nachteil nur bedingt wettmachen.

2.1.3. Zusammenfassung

Trotz der vorherrschenden Meinung, dass eine Finanzierung des Primärbereiches mittels Einzelleistungsvergütung überaltert, kostenintensiv und deshalb unökonomisch ist, beginnen einige Länder diese Finanzierungsform wieder verstärkt einzusetzen. Beispiele sind der

National Health Service (NHS) im United Kingdom, wo durch Einzelleistungsvergütung gezielt Anreize (v.a. im Bereich der Vorsorge und Gesundheitsförderung) gesetzt werden. Es wird nur wenige Akteure im Primärbereich geben, die bezweifeln, dass die Sorge um Gesunde ebenso zu ihren Aufgaben gehört, wie die Versorgung und das Management von Kranken. Im Rahmen der Einzelleistungsvergütung wurde auf die Bezahlung bzw. die Förderung dieser Aufgaben oft vergessen.³² Allerdings zeigt sich aus den Erfahrungen der letzten Jahre, dass gerade die Einzelleistungsvergütung ein ausgezeichnetes Instrument darstellt, um Anreize für gewünschte Leistungen zu setzen. Das Problem ist somit nicht so sehr die Art und Weise der Finanzierung, sondern die Art und Weise wie man sie einsetzt.

2.2. Kopfpauschalen („capitation“)

Bei dieser Bezahlungsform erhalten Leistungsanbieter einen periodisch (üblicherweise jährlich) ausgezahlten fixen Betrag pro Kopf der von ihnen betreuten Bevölkerung, um diese mit einem definierten Set von Leistungen zu versorgen. Es handelt sich um den Versorgungsauftrag für eine Gruppe von Versicherten ohne Rücksicht darauf, ob sie die Versorgung in Anspruch nehmen oder nicht. Dadurch werden Leistungsanbieter gleichzeitig zu Finanziers ihrer Leistungen und haben dadurch den Anreiz nicht mehr Leistungen als notwendig zu realisieren. Eine Bezahlung mittels Kopfpauschalen kann mit oder ohne Wettkampf unter den Leistungsanbietern stattfinden.

Barnum et al.³³ beschreibt, welchen unterschiedlichen Aufwand manche Länder betreiben, um mittels einer umfassenden System- und Bedarfsanalyse Formeln zu errechnen, mittels denen im öffentlichen Gesundheitswesen Gelder verteilt werden. Kopfpauschalen die auf diesem Wege verteilt werden ähneln in großem Maße Budgets und haben somit viel gemeinsam mit dem Modell des „budget holding“.

Der Übergang von Kopfpauschalen, Fallpauschalen und dem Modell des „population based funding“ ist ebenfalls fließend. Im Falle des „population based funding“ erhalten Leistungserbringer eine periodische Bezahlung für die Provision eines definierten Sets von Leistungen für eine definierte (zumeist eingeschriebene Bevölkerung), unabhängig vom Ausmaß und der Anzahl der konsumierten Leistungen. Somit ist das Ausmaß der Bezahlung eher bestimmt vom Bedarf der Bevölkerung (und wird auch danach berechnet), als von den Aktivitäten des Leistungserbringers.³⁴

Üblicherweise basiert die Bezahlung mittels Kopfpauschalen im Primärbereich auf einem jährlich errechneten, bzw. verhandelten Betrag, für jedes eingeschriebene Individuum. Um die Komplexität dieser Berechnung zu reduzieren und vertraglich festlegbar zu machen, werden Individuen mit ähnlichem Leistungsbedarf (Kosten) bestimmten Gruppen zugeteilt.

Aus dem oben gesagten wird klar, wie viel Varianten der Finanzierung unter dem Begriff der Kopfpauschalen zusammengefasst werden, bzw. wie fließend die Übergänge zu anderen Bezahlungsformen sind. Außerdem wird klar, dass die Bezahlung mittels Kopfpauschalen verlässliche Daten über die eingeschriebene (wie auch immer definierte) Bevölkerung benötigt, ergänzt durch eine ausgezeichnet geführte Datenerfassung der Leistungserbringer.

2.2.1. Vorteile

Barnum et al.³⁵ kommen zu der Schlussfolgerung, dass Kopfpauschalen Anreize bieten Leistungen zu begrenzen, zu optimieren und somit Kosten zu senken. Dies beinhaltet den Einsatz von innovativen kostenreduzierenden Technologien, den Gebrauch von billigeren aber gleichwertigen Alternativen in Diagnostik und Therapie, sowie den verstärkten Einsatz von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen. Die Autoren sind überzeugt, dass die Bezahlung mittels Kopfpauschalen es einfacher macht Kostenentwicklungen zu kontrollieren und vorherzusagen. Die Gesundheit der eingeschriebenen Bevölkerung kann zusätzlich verbessert werden, wenn Leistungserbringer mittels eines Bonussystems bei der Erbringung besonders gewünschter Leistungen unterstützt werden (z.B. Voruntersuchungen, Impfprogrammen).

Eine retrospektive Kohortenstudie aus Kanada³⁶ verglich die Anzahl von Einweisungen von Praxen welche mittels Kopfpauschale bezahlt wurden mit einer vergleichbaren Gruppe von Praxen die nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung finanziert wurden. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Art und Zahl der Einweisungen gefunden, allerdings führen die Autoren einige der Vorteile an, die weiter unten aufgelistet sind.

Die in der Literatur beschriebenen Vorteile von Kopfpauschalen sind:³⁷

- Die Bezahlung eines regelmäßigen, vorhersagbaren Betrages an die Leistungserbringer, welcher diesen erlaubt besser zu budgetieren, zu planen und vorausschauend zu investieren.
- Fluktuationen bedingt durch Veränderungen der Anzahl und Charakteristik von PatientInnen gleichen sich über die Jahre aus.
- Ständige Fort- und Weiterbildung kann in diese Bezahlungsform integriert werden und geht nicht zu Lasten der Freizeit.
- Innerhalb einer Gemeinschaft von Leistungserbringern (z.B. Gruppenpraxis) besteht der Anreiz den effektivsten Leistungserbringung einzusetzen (z.B. Praxisschwester).
- Die zur gerechten Finanzierung notwendige System- und Bedarfsanalyse eignet sich hervorragend für weitergehende und dringend notwendige Studien bzw. epidemiologische Erfassung und Erforschung des Primärbereichs.

- Die Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer wird gefördert und der Anreiz gesetzt Kommunikationstechnologie bestmöglich einzusetzen.
- Ein vermehrter Einsatz von Gesundheitsfördernden- und präventiven Maßnahmen ergibt sich aus dem Anreiz die eingeschriebene Bevölkerung gesund zu erhalten.

2.2.2. Nachteile

Der am häufigsten geäußerte Vorwurf gegenüber Kopfpauschalen in der Literatur ist der des „cream skimming“.^{38 39} Darunter versteht man die gezielte Selektion von Individuen mit niedrigem bzw. mit geringem (oder geringerem bzw. berechenbaren) Risiko und dementsprechend geringeren Kosten. Mit anderen Worten, Leistungserbringer welche mittels Kopfpauschale bezahlt werden müssen selbst für kostenintensive Leistungen aufkommen und haben deshalb ein Interesse diese Leistungen bzw. PatientInnen die solche Leistungen in Anspruch nehmen auf ein Minimum zu reduzieren.⁴⁰ Dieser Nachteil kann nur dann minimiert werden, wenn per Gesetz ein Selektionsprozess verhindert wird und Maßnahmen ergriffen werden, um Unterschiede bzw. Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung auszugleichen. Die Berechnung dieses Risikoausgleich ist eines der großen Probleme mit denen man international zu kämpfen hat.⁴¹ Individuelles Risiko und das Risiko von Bevölkerungsgruppen lässt sich derzeit nur sehr annäherungsweise berechnen. Daraus ergibt sich ein Risiko für die über Kopfpauschalen finanzierten Leistungserbringer. Als Reaktion haben sich viele von ihnen gegen unvorhersehbare Risiken versichern lassen.

Ein anderer oft zu lesender Vorwurf betrifft die Möglichkeit der Unterversorgung um Kosten zu sparen. Wenn man das Informationsgefälle von Leistungserbringern und Konsumenten bedenkt, sowie die Vielzahl an möglichen diagnostischen und therapeutischen Methoden, so ist der Raum zur bewussten Vergrößerung des Leistungsumfanges ebenso so groß, wie der zu seiner Reduzierung. Manche Autoren sehen in der Eröffnung von Möglichkeiten zum Anbieterwechsel (Wettkampfmodell) ein funktionierendes Gegengewicht zur Unterversorgung. Klar muss jedoch sein, dass aufgrund unseres fehlenden Wissens über die Zusammenhänge zwischen Leistung und Ergebnis, und der unterschiedlichen Wertvorstellung aller Beteiligten, eine objektive Beurteilung von Unter- bzw. Überversorgung nur schwer möglich ist.

Ein weiteres Risiko besteht in der Auslagerung teurer Leistung aus dem mittels Kopfpauschalen finanzierten Primärbereich in andere (evtl. kostenintensivere Bereiche) des Gesundheitswesens. Offen bleibt auch, wie sich Kopfpauschalen für einzelne Versorgungsbereiche (stationär oder ambulant, Spezialist oder Generalist) auf die Versorgungskette auswirkt.

Der von manchen Autoren antizipierten Vorteil, dass gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen vermehrt eingesetzt werden, scheint nur dann realistisch, wenn die Arzt-Patienten (eingeschriebene Bevölkerung) Beziehung über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten wird. Der Anreiz wird umso geringer sein, je höher das subjektive Risiko empfunden wird, viel Aufwand zu betreiben ohne jemals einen finanziellen Gewinn aus den Ergebnisse dieser Maßnahmen zu erzielen.

McGrath⁴² analysierte Kopfpauschalen in Großbritannien und kam zum Schluss, dass trotz intensivster Bemühungen des National Health Service (NHS) noch keine zufriedenstellenden Formeln für die gerechte Bezahlung im Primärbereich gibt (dasselbe stellte sie in bezug auf Neuseeland fest). Diese Schwierigkeiten werden auch im Artikel von Sheldon et al.⁴³ beschrieben:

„... it is likely that there is some social gradient of need for elective fundholding procedures, using data available we could not identify a set of health or socio-economic needs variables which we feel confident captures variations in underlying need.”

“...because doctors will always have more relevant information on the likely cost of individual patients than any budget setter, some incentive to discriminate against patients whose expected costs exceed their capitations may always be present.”

Manche Autoren⁴⁴ bemängeln, dass die Verträge für Kopfpauschalen von Managern gemacht werden und nur einem Ziel dienen, nämlich dem, Kosten zu sparen. Anbieter müssen diese Form der Finanzierung oft gegen ihren Willen hinnehmen ohne auf die Art und Weise der Berechnung bzw. Details der Finanzierung Einfluss nehmen zu können.

2.2.3. Zusammenfassung

Die Herausforderungen für Kopfpauschalen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Das Führen eines zur Datenerfassung notwendigen Patientenregisters kann sich sehr schwierig gestalten und ist sehr zeitaufwendig. Hinzukommt eine immer mobilere Gesellschaft, die immer mehr dazu neigt Anbieter zu wechseln. Aufgrund dieser Fluktuation in der eingeschriebenen Bevölkerungen könnten Anreize zu gesundheitsfördernden- oder präventiven Maßnahmen verloren gehen, da die daraus gewonnenen Vorteile (gesündere Bevölkerung) nicht von dem Anbieter genützt werden können, der diese Maßnahmen gesetzt hat.
- Regelungen für Leistungen außerhalb der Regelarbeitszeit (z.B. Nachtdienst) müssen gesondert bezahlt werden
- Es müssen Vorkehrungen getroffen werden, dass ein Patient nicht bei mehreren Anbietern eingeschrieben sein kann.

- Teure, normalerweise selbst durchgeführte Leistungen, nicht in andere Bereiche verlagert werden können.
- Patientenregister ordentlich geführt werden (z.B. verstorbene PatientInnen aus dem Register entfernt werden). Umgekehrt sollten PatientInnen die über große Zeiträume ihre Anbieter nicht in Anspruch nehmen in deren Register erhalten bleiben.
- Von den vielen möglichen Varianten für Kopfpauschalen gilt es die geeignetste auszuwählen. So stellt sich die Frage, ob nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung bis zu einem Höchstbetrag bezahlt wird, oder der Gesamtbetrag einmal pro Jahr ausbezahlt wird, bzw. wie erzielte Gewinne oder bilanzierte Verluste gehandhabt werden.
- Regelungen müssen getroffen werden um die Ansiedlung von Anbietern in unterversorgten Gegenden zu fördern.
- Die größte Herausforderung ist sicher die Qualitätskontrolle bzw. Evaluierung der Anbieter um eine Unterversorgung der eingeschriebenen Bevölkerung oder Teilen davon zu verhindern.

Im Vergleich zur Einzelleistungsvergütung wird bei einer Finanzierung mittels Kopfpauschale die Anreizstruktur umgekehrt. Ein zuviel an Leistungen bedeutet Einkommenseinbußen. Somit setzt diese Art der Bezahlung ein hohes Maß an Vertrauen in die moralische und fachliche Kompetenz des behandelten Allgemeinmediziners voraus. Befürworter dieser Vergütungsform argumentieren, dass mit dieser Art der Bezahlung Anbieter gezwungen werden, die durch ihre Entscheidung entstehenden Kosten in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Diesem Lenkungsgedanken liegt der Glaube zugrunde, dass medizinische Entscheidungen und ihre Folgen, in die Zukunft geradlinig und ausreichend beurteilbar sind. Inwieweit diese Art der Bezahlung zur Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen führt bleibt offen. Ebenso der Nachweis, ob mittels Kopfpauschalen reale Einsparungen möglich sind. Klar ist jedoch, dass der Umkehr des Anreizmodells zusätzliche Qualitätskontrollen erforderlich macht.

Obwohl Studien dazu fehlen, wäre zu erwarten, dass sich eine solche Bezahlung auf lange Sicht negativ auf die Arzt-Patienten Beziehung auswirken könnte. Während sich bei der Einzelleistungsvergütung die Perspektiven von Arzt und Patient treffen, stehen sie bei der Kopfpauschale einander gegenüber. Erarbeitetes Vertrauen ist sicher belastbar. Ob unter diesen konträren Perspektiven eine gemeinsame, vertrauenserhaltende Leistungserstellung möglich ist, bleibt abzuwarten.

Kopfpauschalen sind sicher eine Finanzierungsform die zu Einsparungen führen kann. Aufgrund der damit verbundenen Risiken ist jedoch eine gute System- bzw. Bedarfsanalyse

im Primärbereich notwendig. Untrennbar von dieser Art der Finanzierung ist der Anspruch, dass Anbieter auf dem höchstmöglichen Niveau arbeiten und kommunizieren.

All diese Voraussetzungen sind in der Steiermark nur sehr bedingt vorhanden. Deshalb empfiehlt sich die Anwendung von Kopfpauschalen nur in Modellprojekten oder ihr gezielter Einsatz als Ergänzung zur Einzelleistungsvergütung (Mischfinanzierung).

2.3. Population based funding

„Population based funding“ ist ein Finanzierungsmodell, welches für die Finanzierung des Primärbereichs noch sehr neu ist bzw. in letzter Konsequenz noch niemals verwirklicht wurde. Es wurde in diese Arbeit nur deshalb aufgenommen, da es in der Literatur oft als zukunftssträchtiges Modell (v.a. angesichts der immer deutlicheren Ungerechtigkeiten in Gesundheitssystemen) aufscheint und manche Länder konkret an seiner Umsetzung in die Praxis arbeiten.

Das Ziel von „population based funding“ ist eine gerechte Verteilung von Ressourcen auf der Basis eines mathematischen Modells, in welches verschiedene Gesundheitsindikatoren der jeweiligen Bevölkerung einfließen.

Neuseeland experimentiert schon seit 20 Jahren mit dieser Art der Finanzierung. Aus diesem Grund soll das neuseeländische Modell dazu dienen diese Finanzierungsform etwas näher zu beschreiben.

In Neuseeland basiert „population based funding“ auf der sogenannten „Population Based Funding Formula“ (PBFF).⁴⁵ Der erste Formel dieser Art diente dazu, ab 1983, die Bezahlung von Krankenträgern („Hospital Boards“) gerechter zu gestalten. 1993 wurde diese Art der Bezahlung auf eine weite Anzahl von Leitungen im öffentlichen Gesundheitswesen inklusive der Behindertenversorgung ausgeweitet. Diese Ausweitung führte nicht nur zur Einführung von verschiedenen Formeln in der Berechnung von zuzuweisenden Ressourcen, sondern auch zu einer kritischen Betrachtung durch die in diesem Jahr installierten „Regional Health Authorities“ (RHA). Um diesen Bedenken gerecht zu werden, wurde 1993 eine Arbeitsgruppe eingerichtet (PBFF Working Group), die folgendes Ziel formulierte: „Assist in achieving equality of access to core personal health services according to need“.

Die Komponenten der derzeitigen PBFF sind:

- Größe, demographische-, ethnische- Struktur der Bevölkerung für die Bezahlung des stationären Bereichs, welche im Primärbereich noch durch die Erfassung von „Community Service Card“ (wird an benachteiligte Gruppen ausgegeben und reduziert Selbstbehalte um 50%) Inhabern erweitert ist
- Kosten von medizinischen Leistungen pro Kopf („cost weight“)
- Spezieller Bedarf in der beobachteten Bevölkerung

- Geographische Besonderheiten
- Unterschiede bei Selbsthalten („financial access barriers adjuster“) in die auch sozioökonomische Unterschiede der Bevölkerung einfließen

Diese sehr grobe Auflistung der Komponenten täuscht. Die Bedarfsberechnung für „Population based funding“ wird seit 1993 in Neuseeland sehr professionell betrieben und ständig weiter verbessert.^{46 47}

Mit der Umsetzung der „Primary Health Care Strategy“⁴⁸ im Rahmen der „National Health Care Strategy“ seit dem Jahre 2001, möchte Neuseeland weite Teile der Primärversorgung auf „population based funding“ umstellen. In Zukunft werden „Primary Health Organisations (PHOs)“ für die Versorgung im Primärbereich verantwortlich sein – finanziert nach Prinzipien des „population based funding“.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es sich dabei um eine Finanzierungsform handelt, die auf einer umfassenden und professionellen Systemanalyse bzw. Bedarfserhebung beruht. Dies ist eine unverzichtbare Vorbedingung um diese Art der Finanzierung überhaupt in Betracht ziehen zu können.

2.3.1. Vorteile

Der größte Vorteil dieser Finanzierungsform wird darin gesehen, dass die begrenzten Ressourcen im Gesundheitsbereich fair und bedarfsgerecht verteilt werden. Die dazu notwendige umfassende und professionelle System- bzw. Bedarfsanalyse dient nicht nur der Verteilungsgerechtigkeit sondern ermöglicht auch eine detaillierte Verlaufsdagnostik und Erfolgsbewertung. Aufgrund dieser laufend durchgeführten Bedarfsdiagnostik werden vor allem jene Gruppen in der Bevölkerung vermehrt unterstützt, die bei anderen Finanzierungsformen oft benachteiligt werden. Finanzielle Barrieren im Zugang zu Versorgungseinrichtungen und diversen Leistungsanbieter können auf ein Minimum reduziert werden. Für die Leistungsanbieter besteht aufgrund der limitierten Zuweisung von Ressourcen ein Anreiz verstärkt gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen einzusetzen. Abhängig von der Größe der Versorgungsstrukturen, die mittels „population based funding“ finanziert werden, besteht die Möglichkeit für größtmögliche Autonomie in der Organisationswahl. Dies hat positive Auswirkungen für innovative Projekte und eröffnet Gruppen, die zum Beispiel geographische oder ethnische Besonderheiten aufweisen, die Möglichkeit Sonderwege zu gehen. Nachdem die unterschiedlichsten Leistungserbringer im Rahmen des „population based funding“ in einem Finanzierungstopf zusammengefasst werden (z.B. „Primary Health Organisations (PHOs)“ in Neuseeland)⁴⁹, wird die im

Primärbereich unbedingt erforderliche Zusammenarbeit nicht nur gefördert sondern gefordert.

Aufgrund der mit dieser Finanzierungsform eng verknüpften ständigen Evaluierung (Struktur, Prozess- und Ergebnisevaluation) mittels geeigneter Methoden, sowie der umfassenden Datenerhebung, ergibt sich ein Finanzierungs- und Versorgungsmodell, das unseren sechs Erfolgskriterien (im Idealfall) am besten gerecht wird.

2.3.2. Nachteile

Aus dem oben gesagten ist klar, dass jede suboptimale Bedarfs- und Systemanalyse zu größten Problemen in der Berechnung des Finanzierungsausmaßes führt. Jede Formel zur Berechnung des Versorgungsbedarfes bietet genügend Angriffsfläche für Kritik. Dies haben besonders jene Länder zu spüren bekommen, welche begonnen haben professionelle Bedarfsanalysen auf der Basis von demographischen, epidemiologischen und sozioökonomischen Daten zu erstellen.⁵⁰ Hinzukommt die bis heute ungelöste Problematik, Versorgungsleistungen und Gesundheitsergebnisse schlüssig miteinander zu verbinden. „Population based funding“ erfordert bestmögliche Kommunikation unter den Leistungserbringern und somit den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationsformen, die gerade im Primärbereich nur selten vorhanden sind.

Die bis dato oft autonom arbeitenden und finanzierten Leistungserbringer stehen dieser Finanzierungsform eher ablehnend gegenüber, ist doch eine Gewinnmaximierung bzw. unabhängiges arbeiten nur mehr schwer möglich.

2.3.3. Zusammenfassung

„Population based funding“ ist in seiner idealen Ausführung sicher die fairste, reaktionsfähigste und anpassungsfähigste Finanzierungsform für den Primärbereich. Trotzdem sind auch die Pionierländer (z.B. Neuseeland, Großbritannien) noch weit von diesem Idealzustand entfernt. Die Haupthindernisse sind die äußerst aufwendige System- und Bedarfsanalyse, das fehlende Wissen über Zusammenhänge zwischen Leistungen und Ergebnissen im Gesundheitswesen, sowie die oft entgegengesetzten Interessen der Leistungsanbieter im Primärbereich.

Daraus ergibt sich klarerweise, dass diese Art und Weise der Finanzierung für die Steiermark nur in kleinsten Modellprojekten möglich ist, jedoch niemals im größeren Stil eingesetzt werden kann.

2.4. Gehälter („salary“)

In Ländern wo diese Finanzierungsform eingesetzt wird (z.B. Schweden, wo >80% der niedergelassenen ÄrztInnen mittels Gehältern bezahlt werden) erhalten AllgemeinmedizinerInnen einen jährlichen Gehalt, für den eine definierte Anzahl von Wochenstunden gearbeitet werden muss.

Ähnlich wie die Bezahlung mittels Kopfpauschalen handelt es sich um eine prospektive Finanzierungsform. In bezug auf die verbundenen Anreize fällt die Bezahlung mittels Gehältern jedoch deutlich neutraler aus.

2.4.1. Vorteile

Ähnlich wie bei der Bezahlung mittels Kopfpauschalen, wissen die AllgemeinmedizinerInnen ihr Gehalt schon im voraus und können diesen in ihrer Planung berücksichtigen. Der aus ökonomischer Sicht wohl größte Vorteil mag darin liegen, dass die Leistungserstellung vom ärztlichen Einkommen abgekoppelt wird. Der medizinische Anteil in der Leistungserstellung sollte, zumindest theoretisch, frei sein von finanziellen Überlegungen. Dieser Umstand könnte sich auch positiv auf das Vertrauen von PatientInnen auswirken und die für den Behandlungserfolg immens wichtige Zusammenarbeit fördern. Die Transparenz in der Finanzierung könnte dazu beitragen Klischees abzubauen und an einer der wichtigsten Schnittstelle im Gesundheitswesen für neue Impulse sorgen.

Auch die alles überlagernde Bürokratie in der allgemeinmedizinischen Praxis könnte zugunsten der Arbeit am Patienten reduziert werden.

Ein weiterer Vorteil könnte darin bestehen, dass die Niederlassung gerade in jenen Gebieten gefördert wird, die bei anderen Finanzierungsformen gemieden werden. Zum Beispiel in bevölkerungs- und einkommensschwachen, epidemiologisch und demografisch ungünstigen ländliche Gegenden.

2.4.2. Nachteile

Fixe Gehälter lassen, ohne entsprechende Maßnahmen, keinen Unterschied in der erbrachten Leistung erkennen. So würde sich zum Beispiel durch die Abwanderung von PatientInnen (aus welchen Gründen auch immer) kein Einkommensverlust ergeben, wenn der Fixgehalt dem Gesamtgehalt entspricht.

2.4.3. Zusammenfassung

Angesichts des wachsenden Konkurrenzdrucks, der zunehmenden Bürokratie und zu erwartenden Strukturveränderungen im allgemeinmedizinischen Bereich, könnte die Finanzierung mittels Fixgehältern eine willkommene Alternative darstellen. Allerdings sollte

dieser Fixgehalt nur einen Teil des Gesamtgehaltes ausmachen, um gezielte Anreize setzen zu können (z.B. Weiterbildungsmaßnahmen, Koordinationstätigkeit, Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung, Prävention). So sollte die Erbringung gewisser Leistungen gesondert honoriert und die regulierenden Kräfte des freien Marktes nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

2.5. Fazit:

Der zweite Teil dieser Arbeit vermittelte einen generellen Überblick über verschiedene Finanzierungsformen im Primärbereich. Dabei wurde nicht auf Details, zum Beispiel in der Berechnung von Kopfpauschalen, eingegangen, sondern das Ziel lag darin, anhand von sechs Kriterien die in der Literatur beschriebenen Vor- und Nachteile der wichtigsten Modelle zu präsentieren.

Nachdem die Leistungserbringer im Primärbereich, und davon vor allem die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, ganz wesentlich die Nachfrage von Leistungen bzw. Gesamtkosten des Gesundheitswesens beeinflussen, ist es nicht verwunderlich, dass in der Literatur sehr viel Augenmerk auf die Art und Weise ihrer Finanzierung gerichtet wird. Ohne Zweifel haben die Entscheidungen von AllgemeinmedizinerInnen direkte Auswirkungen auf die vorhandenen Ressourcen, auf das Verhalten und die Gesundheit von Konsumenten, die Gesellschaft und gesundheitspolitische Ziele. In dem bewussten Einsatz von Finanzierungsformen sehen deshalb vor allem GesundheitsökonomInnen ein brauchbares Instrument um gezielt Verhaltensweisen von ÄrztInnen, unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht, oder Praxischarakteristik, einzusetzen.^{51 52} Tatsache bleibt, dass es trotz vieler Studien in diesem Bereich wenig Evidenz darüber gibt, wie sich verschiedene Finanzierungsmodelle von den Konsumenten beurteilt werden, bzw. auf ihre Gesundheit auswirken.⁵³

Dem aufmerksamen Leser wird aufgefallen sein, dass es die ideale Finanzierungsform so nicht gibt. Es scheint, dass immer mehr Länder auf eine Mischung verschiedener Finanzierungsformen setzen um den jeweiligen ökonomischen, kulturellen, örtlichen und sozialen Gegebenheiten gerecht zu werden. Zum Beispiel setzen Dänemark und Holland auf eine Mischung aus Einzelleistungsvergütung und Kopfpauschale, Großbritannien und Norwegen mischen Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschalen und Gehälter, Schweden bezahlt 80% der Allgemeinmediziner mittels Gehälter, während man in Österreich fast ausschließlich über Einzelleistungsvergütung finanziert.

Den Abschluss dieses Kapitels bilden die Resümees einiger Autoren.

Scott et al.⁵⁴ kamen zu dem Ergebnis, dass:

“At present we do not have financing methods which correspond to the fine distinctions made in clinical practice and they may impossible to construct. We may ask if economic incentives just disturb a process which functions better without. Knowledge, values and norms constitute an important basis for individual physician actions.” ...

... “The extend of research into GP remuneration is surprisingly small. Yet, as already noted, changes in organisational and remunerative arrangements for GPs are widespread. The impact of paying GPs more or less or just differently cannot be predicted with confidence. Policy makers have little evidence on which to base their recommendations.”

Der Cochrane Review von Gosden et al.⁵⁵ kam zu dem Ergebnis, dass:

„From the few included studies there is evidence that payment systems do influence Primary Care Physicians (PCPs) behaviour. The evidence suggests that PCPs paid by FFS provide a higher quantity of primary care services compared with capitation and salary PCPs. However, this evidence of the impact of payment systems is not robust enough to be used and applied in every policy context.”

Bohmer P.⁵⁶ schreibt in der Zusammenfassung seiner Literatursuche:

“An analysis of the literature concerning the funding of general practice is full of contradictions and uncertainties.”

Besonders GesundheitsökonomInnen überschätzen den Einfluss der Finanzierung auf das Verhalten von Leistungserbringern. Im dritten Teil dieser Arbeit soll deshalb aufgezeigt werden, dass die anreizorientierte Erklärung ärztlicher Entscheidungsfindung bzw. Leistungserstellung zwar einen Teil, keinesfalls aber alle und vielleicht nicht einmal die wesentlichsten Bestimmungsmomente darstellt.^{57 58 59}

Dritter Teil – Erweiterung der ökonomischen Perspektive

Allen in den ersten zwei Teilen dieser Arbeit beschriebenen Finanzierungssysteme liegen die folgenden Annahmen zugrunde:

- Medizinische Leistungen sind definierbar und objektivierbar (gilt vor allem für die Einzelleistungsvergütung)
- Medizinische Entscheidungen sind medizin-wissenschaftlich begründbar
- Der Arzt ist alleine verantwortlich für die medizinische Leistungserstellung
- Eine Reduktion der Kosten und eine Steigerung der Effizienz im allgemeinmedizinischen Bereich ist durch die sorgfältige Gestaltung der ökonomischen Anreize möglich.

3.1. Annahme: Medizinische Leistungen sind definierbar und objektivierbar

Diese Annahme ist falsch.

In der Regel wird unter medizinischer Leistung eine bestimmte Tätigkeit innerhalb des medizinischen Systems verstanden. Zur Finanzierung einer medizinischen Leistung reicht die Durchführung (diagnostische oder therapeutische Intervention), unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit (Indikation – Strukturqualität), der Art und Weise der Durchführung (Prozessqualität), und dem damit erzielten Ergebnis (Ergebnisqualität).

Offen bleibt auch, wie eine medizinische Leistung bewertet wird, bzw. was genau damit gemeint ist.⁶⁰ Dies mag bei klar zu definierenden Krankheitsbildern noch keine so große Rolle spielen. Bei chronischen Krankheitsverläufen bzw. multimorbiden PatientInnen wird die „medizinische Leistung“ zu einer kaum definierbaren, unübersichtlichen Anhäufung von Einzelleistungen. Die medizinische Leistung wird zu einer isolierten Momentaufnahme eines über Jahre, oft ein ganzes Leben, verlaufenden Prozesses.

Im Gegensatz zur Erstellung der medizinischen Leistung wird das dadurch erzielte Ergebnis deutlich vernachlässigt. Die Ergebnisse medizinischen Handelns lassen sich viel schwerer messen als das Handeln selber. Mit ein Grund ist die mangelhafte naturwissenschaftliche Definition dessen, was man als gesund bezeichnen kann. Eine objektive Definition von Gesundheit gibt es nicht, sie wird immer nur durch individuelle Vorstellungen und Werte geprägt.⁶¹ Dies trifft in besonderen Maße für chronische Krankheitsverläufe und multimorbide PatientInnen zu. Die derzeit das österreichische Gesundheitssystem dominierende biomedizinische Definition:⁶² „Gesundheit ist Abwesenheit von Krankheit“ ist für ein

gesundheitswissenschaftlich akzeptables Verständnis bzw. eine professionelle Steuerung dieser „illness episodes“ sicher zu wenig.

Die Definition von medizinischen Leistungen ist direkt verknüpft an die heute verwendeten Klassifizierungssysteme. Inwieweit diese Klassifizierungssysteme bzw. die Leistungspositionen im Honorarvertrag per se Krankheiten definieren, sollte zumindest hinterfragt werden.

3.2. Annahme: Medizinische Entscheidungen sind medizinisch wissenschaftlich begründbar

Diese Annahme ist falsch.

„Neben der Frage, was die rein naturwissenschaftliche operierende Medizin sieht (und was eben nicht), gibt es noch eine immanente Kritik, deren Konsequenzen auch die anreizorientierten Ökonomen nicht ausreichend zur Kenntnis nehmen: die Frage nach dem Charakter und der Sicherheit medizinischen Wissens. Da die aus medizinischem Wissen resultierende Entscheidungsfähigkeit die Hauptquelle ärztlicher Legitimation ist, verdient seine Entstehung und Umsetzung in die medizinische Praxis eine detailliertere Analyse.“⁶³

Der Transformationsprozess der Symptome in medizinische Diagnose und Behandlung erweist sich dann plötzlich als nicht mehr so eindeutig wie ihn viele Entscheidungsträger gerne haben möchten. Außerdem ist der Zusammenhang zwischen den einzelnen Leistungen (Behandlungsprozess) und dem Ergebnis viel komplexer als ein einfaches, lineares Ursache-Wirkungs-Schema unterstellt.

Unsicherheit bei ÄrztInnen und PatientInnen ist die Folge. Wenn aber Unsicherheiten auf beiden Seiten der Arzt-Patienten-Beziehung eine wichtige Rolle spielen, gewinnen die eingesetzten Kompensationsstrategien (z.B. diagnostischer und therapeutischer Aktionismus) aus ökonomischer Sicht an Bedeutung, da sie sich direkt in medizinischen Leistungen und Behandlungskosten niederschlagen.

Medizinisches Wissen unterliegt einer ständigen Veränderung. Selbst Spezialisten haben Mühe ihr medizinisches Wissen auf dem letzten Stand zu halten. Generalisten, wie es AllgemeinmedizinerInnen nun mal sind, müssen sich angesichts des ständig wachsenden Wissensberges fragen, ob dieser Zuwachs nicht selbst ein Faktor ist, welcher zur Unsicherheit medizinischen Wissens, und damit zu ihrer eigenen Unsicherheit, beiträgt.

In der Welt von GesundheitsökonomInnen scheint noch immer der Glaube vorzuherrschen, dass medizinische Entscheidungen rational und objektiv auf wissenschaftlicher Basis getroffen werden können. So schrieb einer der führenden GesundheitsökonomInnen:

“... the overall success of any reform to improve efficiency rests with the way in which the supply side of health care is financed, particularly the way in which doctors are paid. Given

the characteristics of health care, it must be the case that ways of dealing with doctor-induced moral hazard and the institutions doctors work in are easily the most influential. Doctors need to be given incentives to influence the amount and type of care they supply.”⁶⁴

Der gleiche Autor muss jedoch eingestehen, dass der die durch das medizinische Angebot induzierte Nachfrage (“supplier-induced demand”) und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Nachfrager, nur sehr mangelhaft erforscht ist. Trotz der Möglichkeit verschiedene Finanzierungssysteme in Hinblick dieser Fragen seit Jahren analysieren zu können, herrscht noch immer große Unklarheit darüber wie sich verschiedene Finanzierungsmodelle auf die Entscheidungsfindung, Leistungsumfang, Kosten und Qualität der primären Versorgung auswirken.⁶⁵

In allen Bereichen, auf allen Ebenen, auf der ganzen Welt, werden Gesundheitssysteme immer komplexer.⁶⁶ Der Mensch⁶⁷ als soziales, lebendiges und erfahrendes Wesen⁶⁸ ist einzigartig komplex. Unser Wissen verdoppelt sich alle 5 Jahre; medizinisches Wissen verdoppelt sich alle 24 bis 36 Monate; es gibt mehr als 100.000 medizinische Zeitschriften; und 7000 neue wissenschaftliche Artikel werden jeden Tag produziert. Dies sind nur Schätzungen, da niemand die genauen Zahlen kennt. Medizin ist keine „objektivierbare“ Wissenschaft. Vielmehr basieren alle Entscheidungen auf Wahrscheinlichkeiten und sind hochgradig beeinflusst von der ständig zu bewältigenden Unsicherheit der Entscheidungsträger. Dies trifft in besonderem Maße für den primären Versorgungsbereich zu. Iona Heath, Allgemeinmedizinerin aus Großbritannien schreibt:

“This commitment to uncertain clarity is fundamental to general practice: the responsibility to know what we do not know, to be clear about our uncertainty.”⁶⁹

Auch Sir Kenneth C. Calman, Professor an der Universität von Durham, Großbritannien, stellt fest:

“Is it safe? and will there be long-term damage? are questions that may not be answerable; hence the difficulty in knowing whom to believe when different figures, statistics, and views are expressed. It may be that there is no “correct” view at present. It is in such instances when someone, somewhere, has to make a judgement about a particular issue and, as has been discussed previously, not everyone therefore will be satisfied with the outcome. Human beings are difficult to quantify accurately, as are all biological systems. We do not have a series of Newtonian Laws that predict outcome under all circumstances. We suffer from “physics envy”. The problem of risk in populations and in individuals is therefore not certainty, but uncertainty.”⁷⁰

40% aller neuen Probleme im allgemeinmedizinischen Bereich sind unspezifisch und lassen sich mittels der herkömmlichen Klassifizierungssysteme, International Classification of

Diseases 10 (ICD10) und Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM IV), nicht ausreichend kategorisieren.^{71 72} Solche Klassifikationssysteme führen zu einem Überschuss an verfügbaren "Diagnosen", während es an zielorientierten Behandlungsmöglichkeiten immer öfter mangelt.⁷³ Der Großteil der Ressourcen wird dazu verwendet, die Differenzierung von Krankheiten auf biochemischer Ebene voranzutreiben, während unser Wissen in der Differenzierung von Symptomen alarmierend abnimmt. Das Problem im Primärbereich besteht somit nicht nur darin die richtigen Antworten zu finden, sondern vor allem darin die richtigen Fragen zu stellen.⁷⁴

Die derzeit vorherrschenden medizinischen und ökonomischen Modelle basieren auf der reduktionistisch, positivistischen Vorstellung, dass Gesundheit und Krankheit durch objektive Tests eindeutig voneinander unterscheidbar sind. Solche Modelle laufen Gefahr die Symptome, Empfindungen, Erklärungsmodelle und subjektiven Coping-Strategien der Betroffenen zugunsten der Kategorisierung und Objektivierung zu vernachlässigen.⁷⁵

Viel zu oft wird von Entscheidungsträgern (medizinischen, ökonomischen, politischen, etc.) vergessen, dass Gesundheit und Krankheit nicht dichotome, unabhängig voneinander zu denkende und deutlich voneinander abgrenzbare Wesenheiten sind.

„Aus der für eine Erweiterung des biomedizinischen Konzeptes fundamentalen biologischen Perspektive lässt sich Krankheit als gestörte Beziehung des Organismus zu seiner Umwelt definieren. Jeder lebende Organismus findet sich in einer permanenten Wechselwirkung mit seiner Umwelt. Leben entspricht der Aufrechterhaltung eines dynamischen Gleichgewichtszustandes zwischen Organismus und Umwelt. Umweltereignisse können dieses Gleichgewicht mehr oder weniger ausgeprägt verschieben, Es kommt zu einer vorübergehenden Desorganisation des Organismus. Diese bedingt einen reorganisierenden Prozess, der in Richtung des vorbestehenden Gleichgewichts zwischen Organismus und Umwelt führt. Ein Organismus, dem die Wiederherstellung des Status quo immer wieder gelingt, ist als gesund zu bezeichnen. Es lässt sich demnach auch sagen, dass er umso gesünder ist, je größere Gleichgewichtsauslenkungen er zu verkraften vermag. Gelingt diese Reorganisation nur unzureichend oder überhaupt nicht, dann sprechen wir von Krankheit. So betrachtet, erscheint Krankheit als eine bestimmte Weise von Leben und nicht, wie in der biomedizinischen Konzeption, als eine vom gesunden Organismus unabhängig zu denkende, sich ihm hinzugesellende Wesenheit.“⁷⁶

Die immer dominanteren Apparatedizin suggeriert fehlerlos und medizin-wissenschaftlich fundiert zwischen gesund und krank unterscheiden zu können. Selbstverständlich ist es für den Arzt, der mit der Versorgung von Individuen betraut ist, und das öffentliche Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung zwischen normalen und krankhaften Befunden bzw. Gesunde von Kranken unterscheiden zu können. Diese Entscheidung einer Apparatedizin zu überlassen ist jedoch ein Kapitalfehler und führt in letzter Konsequenz zur Abschaffung des Arztberufes.

Die Validität dieser Testverfahren ist definiert als die Fähigkeit des Tests (Diagnose, Screening) zwischen Kranken und Gesunden zu unterscheiden. Validität weist zwei Komponenten auf: die Sensitivität und die Spezifität. Dabei steht die Sensitivität für das Vermögen des Tests, tatsächlich *Erkrankte* als krank zu erkennen. Die Spezifität hingegen ist definiert als die Fähigkeit eines Tests, *Gesunde* richtig als gesund zu identifizieren.⁷⁷

Tatsache ist, dass es keinen diagnostischer Test (ob körperliche Untersuchung, Röntgen, Labortest, etc.) und keinen Screening-Test gibt der eine 100% Sensitivität und Spezifität aufweist. Es gibt IMMER falsch positive (Gesunde die als krank eingestuft werden) und falsch negative (Kranke die als gesund eingestuft werden) Testergebnisse.

Die Gründe, warum Gesundheitseinrichtungen aufgesucht wurden gehen in, auf solchen Modellen basierenden, Versorgungsabläufen verloren. Vor allem bei chronischen Erkrankungen, geringfügigen Befindlichkeitsstörungen, älteren Menschen und psychiatrischen Erkrankungen, kommt der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen und ihrer Interpretation von Symptomen größte Bedeutung zu. Ganz entscheidend wird bei solchen Krankheitsverläufen, aus medizinischer und ökonomischer Sicht, das Wissen um das psychosoziale Umfeld, in dem Krankheit und Gesundheit entsteht. Nur mit diesem Wissen können individuellen Ressourcen und Ressourcen des öffentlichen Gesundheitswesens optimal kombiniert, integriert und koordiniert eingesetzt werden.

Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung scheint ein viel entscheidender Faktor für den Einsatz und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu sein, als jedes Finanzierungsmodell.^{78 79 80}

“Most of the administrative mechanisms employed so far do not attack the problem of cost directly; instead they put pressure on someone else to solve it. Limited budgets, prospective payment, performance targets, physicians profiling, and other mechanisms only create incentives: they do not specify what actually should be done.”⁸¹

“Still a forth form of uncertainty exists for physicians who properly classify their patients, ascribe accurate probabilities of outcomes, and understand their patients values. Even if these first three sources of ignorance are reduced or eliminated medical care remains a risky process. The fact that outcomes can be expressed as probabilities means that we remain uncertain about how an individual patient will turn out. In other words, uncertainty in medical practice includes more than ignorance; even if group statistics are available, the outcome will continue to be uncertain for each patient as long as medical care is a stochastic, or probabilistic, process.”⁸²

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung im Primärbereich ist hauptsächlich verursacht durch:

- Die undurchschaubare Menge an medizinischem “Wissen”

- Dem begrenzten "Wissen" der Entscheidungsträger
- Der Schwierigkeit Symptome oder Symptomkomplexe in Diagnosen zu übersetzen
- Die Abhängigkeit von der „fehlerhaften“ apparativen Diagnostik
- Dem fehlenden Wissen über die Zusammenhänge von medizinischen Leistungen und Gesundheitsergebnissen
- Der Unberechenbarkeit menschlichen Verhaltens (dies gilt für die physiologische Ebene ebenso wie für die soziale)
- Der rechtlichen Situation, welche den Aktionismus unterstützt
- Der verschiedenen Wertvorstellung von ÄrztInnen ("ExpertInnen") und PatientInnen ("Laien")

3.3. Annahme: Der Arzt ist alleine verantwortlich für die medizinische Leistungserstellung

Diese Annahme ist falsch.

Durch die Gleichsetzung von ÄrztInnen mit Anbietern von medizinischen Leistungen und die der PatientInnen als deren Nachfrager, vereinfacht die ökonomische Perspektive und bleibt dadurch beschränkt. Beschränkt in ihren Aussagen und in ihrer Nachhaltigkeit. Die beiden Gesundheitsökonominnen Björn Kayser und Bernd Schwefling haben dieses Problem erkannt.

„Eine Analyse des medizinischen Leistungsverständnis verdeutlicht, dass die ökonomische Argumentation über Anreizstrukturen, die alleine beim Arzt ansetzen, letztlich nur eine Fortsetzung der in der Medizin vorgenommenen Monopolisierung der Leistungsdefinition darstellt. Die von der Ökonomie übernommene Gleichsetzung von ärztlicher Tätigkeit mit dem Angebot medizinischer Leistungen ist in diesem Sinne Ausdruck eines medizinischen Verständnisses von Krankheit und ihrer Bewältigung, die ihren Ursprung im letzten Jahrhundert hat.“⁸³

Die einseitig dominierte Arzt-Patientenbeziehung wird kritiklos übernommen. Indem der Arzt als Anbieter medizinischer Leistung definiert wird, bleibt unberücksichtigt, dass auch die PatientInnen einen wesentlichen Anteil am Gesundungsprozess haben.^{84 85} In einer asymmetrischen Beziehung bleibt ein Informationsdefizit auf Seiten des Patienten. Aus dieser Position ist eine wesentliche und bewusste Entscheidungsübernahme durch den Patienten schwer möglich. So gesehen hat der versicherte Patient wenig Interesse und auch nicht das Wissen, eine vom Arzt getroffene medizinische Entscheidung in Frage zu stellen. In der Regel wird er die Qualität der Arztpraxis anhand der apparativen Ausstattung beurteilen und die Qualität seiner Behandlung am getriebenen Aufwand bemessen.

Mit der Zunahme an chronischen Erkrankungen werden auch neue Betrachtungsweisen erforderlich. Gerade bei diesen Krankheitsverläufen ist eine erfolgreiche Bewältigung nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich. Dem Patienten kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Ein Anreizsystem, welches bei solchen Krankheitsverläufen nur den Arzt im Auge hat, ist zum Scheitern verurteilt. Da die Erhaltung von Gesundheit und die Behandlung von Krankheiten nur durch Zusammenwirken aller Beteiligten möglich ist, muss der medizinische Leistungsbegriff neu definiert werden. Medizinische Leistungen mit ärztlicher Leistung gleichzusetzen ist aus medizinischer Sicht ebenso falsch wie aus ökonomischer. Es geht darum, ein Umfeld zu schaffen in dem es zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung kommen kann. Eine Übereinkunft über das medizinisch notwendige bei Berücksichtigung des ökonomisch machbaren lässt sich nur interdisziplinär verwirklichen.⁸⁶ Diese interdisziplinäre Perspektive ist selbstverständlich abhängig von der jeweiligen Situation und den Betroffenen (Stakeholder); wie PatientInnen, deren Umfeld, beteiligte Pflegekräfte etc.⁸⁷ Es gibt genügend Evidenz, dass der Ausschluss der Betroffenen die Effektivität und Effizienz der Behandlung bzw. Betreuung deutlich reduziert. Hingegen sind gelebte Partizipation, Förderung der Patientenautonomie, Berücksichtigung der Perspektive von Betroffenen, die Qualität der Arzt-Patienten Beziehung, etc. fundamentale Qualitätskriterien einer modernen medizinischen Betreuung, nicht nur im allgemeinmedizinischen Bereich.^{88 89 90 91}

3.4. Annahme: Eine Reduktion der Kosten und eine Steigerung der Effizienz im allgemeinmedizinischen Bereich ist durch die sorgfältige Gestaltung der ökonomischen Anreize möglich

Teil 2 dieser Arbeit war dieser Annahme gewidmet. Er schloss mit dem Fazit, dass es trotz vieler Studien und Erfahrungen in diesem Bereich wenig Evidenz darüber gibt, wie verschiedene Finanzierungsmodelle von den Konsumenten beurteilt werden, bzw. sich auf deren Gesundheit auswirken.⁹² Viele Länder sind noch immer auf der Suche nach der „idealen“ Finanzierungsform. Zum Beispiel wechselte Finnland von einer Kopfpauschalfinanzierung zu einem gemischten System (Kopfpauschale, Einzelleistungsvergütung),⁹³ Irland wechselte von einer Einzelleistungsfinanzierung zu einer Mehrgewichtung von Kopfpauschalen, Schweden führte Einzelleistungsvergütungen in das bestehende Bezahlungssystem mittels Gehälter ein,⁹⁴ und Neuseeland möchte ein „population-based funding“ System einführen nachdem man die Einzelleistungsvergütung abgeschafft und Kopfpauschalen eingeführt hat.⁹⁵

Vierter Teil – Konsequenzen für die Situation in der Steiermark

Am Ende dieser Arbeit, stellt sich die Frage nach den Konsequenzen für die Gesundheitspolitik Steiermark, in Hinblick auf die Finanzierung des allgemeinmedizinischen Bereiches. Nach *Meinung des Autors* lassen sich aus dieser Arbeit drei Konsequenzen ableiten, die für Entscheidungsträger (Finanziers) maßgeblich sein könnte.

4.1. Wahrnehmung und Akzeptanz der Unsicherheit als zentrales Problem bei der medizinischen Leistungserstellung

Mit keiner der in dieser Arbeit analysierten Finanzierungsformen wird eine Kostenreduktion bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität erreichbar sein, wenn der wesentlichste Grund für Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der medizinischen Leistungserstellung ausgeblendet wird – die Unsicherheit der entscheidenden Akteure.

Die Hauptgründe dafür sollen an dieser Stelle noch einmal angeführt werden:

- Die undurchschaubare Menge an medizinischem "Wissen"
- Das begrenzten "Wissen" der Entscheidungsträger um bedarfsgerecht zu handeln
- Der chronische Handlungs- und Zeitdruck
- Der Schwierigkeit Symptome oder Symptomkomplexe in Diagnosen zu übersetzen
- Dem fehlenden Wissen über die Zusammenhänge von medizinischen Leistungen und Gesundheitsergebnissen
- Die unscharfe Definition des Endpunktes „Gesundheit“
- Der Unberechenbarkeit und das mangelnde Wissen über menschliches Verhalten (dies gilt für die physiologische Ebene ebenso wie für die Soziale, sowohl für pathogenetische als auch salutogenetische Vorgänge)
- Die Kluft zwischen Erwartungshaltung und Limitationen einer biomechanischen Konzeption lebendiger Systeme
- Der rechtlichen Situation, die nicht nur den Aktionismus unterstützt, sondern ebenso wie die ökonomische Perspektive geprägt ist, von positivistischen, rationalen und mechanistischen Vorstellungen.
- Den verschiedenen Wertvorstellung von ÄrztInnen ("ExpertInnen") und PatientInnen ("Laien")
- Kommunikationsdefizite

Die meisten dieser Gründe sind durch gesundheitspolitische und finanzierungstechnische Maßnahmen beeinflussbar. Unverzichtbar dazu ist jedoch die Fähigkeit von Entscheidungsträgern aktuelle gesundheitswissenschaftlichen Fragen im Zusammenhang zu verstehen und zielorientierte Lösungsstrategien zu entwickeln. Es wäre schon ein Quantensprung in diesem Prozess, wenn Entscheidungsträger in der Steiermark bereit sind ihre oft sehr eingeschränkte Perspektive kritisch zu hinterfragen und zu erweitern. Die Fähigkeit dazu ist prinzipiell erlernbar, die Bereitschaft dazu leider nicht.

In bezug auf die Wahrnehmung und Akzeptanz der Unsicherheit als zentrales Problem bei der medizinischen Leistungserstellung bedeutet dies, über die Kompensationsstrategien von AllgemeinmedizinerInnen und ihre Bedeutung für Erfolg und Kosten der Behandlung nachzudenken.

„Die sowohl bei MedizinerInnen als auch Patienten vorhandene Unsicherheit über die „richtige“ Vorgangsweise und die verschiedenen Strategien zu ihrer Bewältigung sind ein wesentliches Bestimmungsmoment der Entscheidungsfindung. Veränderungen der Vergütungsstruktur, die den Zusammenhang von Unsicherheit und Entscheidungsfindung und vor allem die Auswirkungen, die die Vergütungsstruktur selbst auf die Unsicherheit hat, nicht mitbedenken, können gegenläufige Folgen haben.“⁹⁶

4.2. Wahrnehmung und Akzeptanz der Primärversorgung als interdisziplinäre und transdisziplinäre Versorgung zwischen Experten- und Laiensystemen/perspektiven

Folgende Eigenschaften beschreiben den modernen Kunden des österreichischen Gesundheitssystems:

Hohe Zufriedenheit - die zweithöchste in Europa.

Zunehmende Unzufriedenheit - mit der nonverbalen Dreiminuten Medizin, mit den Mängeln, Fehlern und Limitierungen der technisch dominierten Hochleistungsmedizin.

Hohe Erwartungshaltungen - Patienten sehen analog zu ihren ÄrztInnen ihren Körper als technische Maschine und glauben daher auf eine perfekte Reparatur bestehen zu können.

Geringe Eigenverantwortung - nur ein Viertel fühlt sich für seine Gesundheit selbst verantwortlich.

Zunehmende Verweigerung - man schätzt, dass sich etwa zwei Drittel aller PatientInnen absichtlich nicht an ärztliche Verordnungen halten.

Zunehmende Besorgnis - jeder zweite Österreicher macht sich Sorgen um seine Gesundheit.

Zunehmende Orientierungslosigkeit - mehr denn je suchen ÖsterreicherInnen nach Alternativen und tappen in die Fallen von offenen und geheimen Verführern mit einfachen Antworten.

Zunehmender Irrationalismus - auch in Österreich folgt man dem Trend der anderen westlichen Länder, hin zur Esoterik als Folge einer allgemeinen Abwendung vom medizin-wissenschaftlichen Rationalismus (ein Phänomen, das auch immer mehr unter ÄrztInnen zu beobachten ist).

Unrealistische Vorstellungen - von einem Ärztebild, welches geprägt ist von historischen Sichtweisen, welche sich vermischen mit zumeist fehlerhaft und irreführender Laieninformation durch die Medien.

Zunehmende Angst vor dem Tod - mehr als drei Viertel aller ÖsterreicherInnen sterben in Institutionen und nicht zu Hause.

„Health is about people“! Als Konsequenz sollten Sozialversicherungsträger, aber auch alle anderen Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitssystem endlich erkennen, dass Kostenreduktionen und Qualitätsverbesserungen im Primärbereich nur bedingt mit der Finanzierung dieses Bereiches zusammenhängen. Nachdem es die ideale Finanzierungsform genauso wenig gibt wie universal gültige Antworten, wäre es viel effizienter, lokale innovative Projekte zuzulassen, zu fördern und zu analysieren. Anstatt uniforme, bürokratische und monoperspektivische „Reformen“ zentral zu planen, scheint es sinnvoller Lösungen anzustreben, die auf lokale Gegebenheiten Rücksicht nehmen. Statt Einfalt und Erstarrung, machen vielfältige Lösungen den Primärbereich und Gesundheitssysteme anpassungsfähig, verbesserungsfähig und damit geeignet um den Anforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht zu werden. Hierin besteht sicher großer Nachholbedarf bei den steirischen Sozialversicherungsträgern.

Nur mit einer Neuorganisation der Beziehung und gegenseitigen Wahrnehmung von ÄrztInnen, PatientInnen und Finanziers, wird eine zukunftsorientierte, nachhaltige Gesundheitspolitik möglich. Nur durch konstruktive Zusammenarbeit und gegenseitige Akzeptanz können die großen Herausforderungen bewältigt werden.

Nicht vergessen werden sollte dabei, dass die aktuelle Situation, die derzeitigen Strukturen und die vorherrschende Versorgungskultur aus ganz bestimmten Gründen so entstanden ist wie sie sich jetzt präsentiert. Um dem Primärbereich in Österreich einen international vergleichbaren Stellenwert zu verschaffen, müssen deshalb nicht nur Strukturen, sondern Kulturen verändert werden. Um diese Kulturveränderung erfolgreich zu machen, müssen jedoch die Gründe für den Ist-Zustand genau analysiert werden, ein Soll-Zustand (Ziel) definiert werden und Strategien entwickelt werden um die gesetzten Ziele zu erreichen. Jede Veränderung vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand birgt enormes Konfliktpotential, und ist nur interdisziplinär und mittels genauer Kenntnis der mit „Altlasten und Tretminen“⁹⁷ gepflasterten Landschaft durchführbar.

Die Zeit der medizinischen Einzelkämpfer und der ärztlichen Dominanz ist endgültig vorbei. Die derzeitige biomechanische Konzeption der Medizin kann zwar für Gesundheitsingenieure im sekundären / tertiären Bereich Vorteile bringen, für den Allgemeinmediziner und die Primärversorgung ist jedoch eine solche Konzeption unzweckmäßig, mangelhaft, kostensteigernd, qualitätsmindernd und kontraproduktiv.

Für den Primärbereich als Schnittstelle zwischen „Laien“ und „Experten“ ist eine neue, erweiterte Definition von Gesundheit dringend erforderlich. Nur mit einer erweiterten Definition von Gesundheit, die von politischen und finanziellen Entscheidungsträgern sowie Ausbildungsverantwortlichen initiiert und getragen werden muss, lassen sich die notwendigen Veränderungen in der derzeitigen Versorgungskultur erreichen.

Letztendlich ist eine erweiterte Definition von Gesundheit und die Wahrnehmung und Akzeptanz der Primärversorgung als interdisziplinäre und transdisziplinäre Versorgung zwischen Experten- und Laiensystemen/perspektiven eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Sozialversicherungsträgern eine Schlüsselposition zukommt.

4.3. Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Verantwortung bei der Steuerung des Primärbereiches und seiner Schnittstellen

Zwar gilt zu prüfen, wie groß das gestalterische Potential der Krankenkassen tatsächlich ist und vor allem, wie groß die Bereitschaft ist, es zu nützen. Tatsache bleibt, dass es höchste Zeit wird, dass die Krankenkassen in Österreich beginnen konstruktiv und professionell in die Gesundheitspolitik einzugreifen. Die derzeitige Strategie in der Steiermark ähnelt eher einem planlosen und ziellosen Sich-Durchwurschteln („muddling through“). Als Orientierungshilfe sollten die steirischen Sozialversicherungsträger einen Blick auf die dynamische Entwicklung ihrer oberösterreichischen und Vorarlberger Kollegen werfen und sich fragen, welche Umstände zu einem Überschreiten der kritischen Masse geführt haben. Sie werden dabei unweigerlich auf Akteure stoßen die begonnen haben die große Diskrepanz zwischen der engen, monodisziplinären Perspektive der vorhandenen Praxis im öffentlichen Gesundheitswesen und der weiten, multidisziplinären Perspektive moderner Ansätze zu überwinden.

Eine moderne, internationalen Standards entsprechende medizinische Versorgung ist ein wesentlicher Bestandteil jedes modernen Gesundheitssystems, aber eben nur ein wichtiger Teil von vielen. Trotz der Tatsache, dass in den reichen Ländern dieser Erde die Lebenserwartung in den letzten hundert Jahren um 25 Jahre zugenommen hat (5 davon ab dem 65. Lebensjahr), wird immer deutlicher, dass die medizinisch-technische Gesundheitsversorgung nur maximal 20% zu dieser Zunahme beigetragen hat.⁹⁸

Gesundheit wird zu einem großen Teil *sozial* produziert und *Sozialversicherungsträger* sollten darauf Rücksicht nehmen.

„Jeder Versuch der Krankenversicherungen, ausgehend von dem ökonomischen Druck kostensenkender Veränderungen im Gesundheitsbereich zu initiieren, ist mit einer Vielzahl von Beeinflussungsfaktoren auf den Gesundheitszustand des Versicherten konfrontiert. Die Komplexität der Bestimmungsmomente macht sichere Vorhersagen über langfristige Wirkungen einzelner Maßnahmen deshalb schwer bis unmöglich.“⁹⁹

Nichtsdestotrotz, oder wahrscheinlich genau deswegen, ist es den modernen Gesundheitswissenschaften („New Public Health“) gelungen, erste Teilantworten auf die großen Zukunftsfragen im Gesundheitssystem geben zu können:

- Wie die Krankheitslast in den gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsteilen und Ländern abgebaut und die soziale und gesundheitliche Lebensqualität dieser Gruppen nachhaltig verbessert werden kann.
- Wie es gelingen kann, den „Reformstau“ im Gesundheitswesen aufzulösen und besser integrierte, bedarfsgerechtere und wirtschaftlichere Krankenversorgungssysteme zu schaffen
- Wie europäische und globale Erfahrungen besser integriert, vernetzt und genützt werden können

Die große Herausforderung für New Public Health besteht laut Horst Noack auf der Politik- und Kontext-Ebene darin:

„Geeignete gesetzliche, ökonomische und wissenschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen, sodass sich die Gesundheitswissenschaften und die Gesundheitsforschung, die Krankenversorgung und die Pflege, die Gesundheitsförderung und der Gesundheitsschutz im Sinne vereinbarter Gesundheitsziele und Leitbilder entwickeln können und dass die dafür erforderliche Wissens- und Steuerungsarbeit geleistet werden kann.“¹⁰⁰

Den Abschluss dieser Arbeit über Finanzierungsformen im primären Versorgungsbereich bilden die Gesundheitsziele der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹⁰¹ die bei allen Maßnahmen im Gesundheitsbereich IMMER berücksichtigt werden sollten.

Zielbereiche	Ziele
I. Bessere Gesundheit für die Menschen	Mehr Chancengerechtigkeit für die Menschen herstellen; eine bessere Gesundheit in allen Phasen des Lebenszyklus ermöglichen; Krankheiten und Verletzungen verhindern und bekämpfen; die psychische Gesundheit verbessern.
II. Nachhaltige Gesundheit	Eine sichere Umwelt schaffen; gesunde Lebensweisen erleichtern; wirtschaftliche und soziale Voraussetzungen für die Gesundheit schaffen; die biologischen Voraussetzungen für eine bessere Gesundheit herstellen.
III. Bessere Versorgung für eine bessere Gesundheit	Die gesundheitliche Selbstversorgung der Menschen stärken; eine familienorientierte primäre Versorgung und eine verbesserte sekundäre und tertiäre Versorgung schaffen; ein ergebnisorientiertes Management und eine hohe Qualität der Versorgung ermöglichen; die Finanzierung der Gesundheitsversorgung und die Zuweisung der Ressourcen optimieren; den Wandel der Versorgung wirksam steuern.
IV. Gesundheitsorientierung in allen Bereichen	Eine wirtschaftliche Infrastruktur für eine bessere Gesundheit schaffen; eine soziale Infrastruktur für eine bessere Gesundheit ermöglichen; die Gesundheitsorientierung im Produktionsbereich und im Dienstleistungsbereich stärken.
V. Gestaltung von Politik und Wandel	Die Gestaltung und die Umsetzung der Politik durch Partnerschaften für Gesundheit verbessern; den Wandel im Gesundheitsbereich steuern und die Informationsbasis sichern; die notwendigen Humanressourcen entwickeln; die Forschung für eine bessere Gesundheit stärken.

(Quelle: Noack RH. Public Health an der Schwelle zum 21. Jahrhundert: Tradition, Modernisierung, Herausforderung und Vision. In: Polak G (Hrsg.) Das Handbuch Public Health: Theorie und Praxis. Springer Verlag. 1999. 22.)

Literaturverzeichnis

-
- ¹ Köck C. Das Gesundheitssystem in der Krise. Herausforderung zum Wandel für System und Organisation, in: Heimerl-Wagner P, Köck C. Management in Gesundheitsorganisationen: Strategie, Qualität, Wandel. 1996. 54.
- ² National Economics Research Associates (NERA). Health Care Systems in Eleven Countries: An Overview. 1993. 23.
- ³ Eisenberg JM. Doctors decision and the cost of medical care. Ann Arbor, Michigan, 1986.
- ⁴ Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; **60(3)**: 201-218.
- ⁵ Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa. Ein Rahmen für die fachliche und administrative Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung auf allgemeinmedizinischer Grundlage in Europa. Ziel 28. 1998.
- ⁶ World Health Organisation (WHO). Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care in Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- ⁷ Green LA, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine* 2001; **344**: 2021-2025.
- ⁸ Donaldson C, Gerard K. Countering doctor moral hazard. Economics of Health Care Financing. MacMillan, 1993. 186.
- ⁹ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung. Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 12. Ausgabe: März 2002.
- ¹⁰ Steiermärkische Gebietskrankenkasse
- ¹¹ Hofmarcher MM, Rack H. Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich 2001. 1.
- ¹² Hofmarcher MM, Rack H. Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich 2001. 12.
- ¹³ Steiermärkische Gebietskrankenkasse.
- ¹⁴ Köck C. Das Gesundheitssystem in der Krise. Herausforderungen zum Wandel für System und Organisation, in: Heimerl-Wagner P, Köck C. Management in Gesundheitsorganisationen: Strategien, Qualität, Wandel. 1996.
- ¹⁵ Santigli E. Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark. 2000.
- ¹⁶ Druss BG, Marcus SC, Olfson M, Tanielian T, Elinson L, Pincus HA. Comparing the national economic burden of five chronic conditions. *Health Affairs* 2001; **20(6)**: 233-241.
- ¹⁷ Polder JJ, Bonneux L, Meerding WJ, van der Maas PJ. Age-specific increases in health care costs. *European Journal of Public Health* 2002; **12(1)**: 57-62.
- ¹⁸ Madsen J, Serup-Hansen N, Kristiansen IS. Future health care costs – do health care costs during the last year of life matter? *Health Policy* (article in press).
- ¹⁹ Zur Definition von „Gesundheit“ wird im dritten Teil dieser Arbeit kurz Stellung bezogen.
- ²⁰ Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. *Annals of Internal Medicine* 1985; **103**: 606-611.
- ²¹ Marin B. Krankenversicherung zwischen Individualisierung, Solidarität und nachhaltiger Finanzierbarkeit. Ein sicheres UND finanzierbares Gesundheitssystem – Wunschtraum ohne Realisierungschance? Österreichische Wirtschaftskammer. 2002. 14.
- ²² Hannay DR. The symptom iceberg. London: Routledge and Kegan Paul, 1979.
- ²³ Aronowitz RA. Making sense of illness. Science, Society, and Disease. Cambridge University Press. 1998.
- ²⁴ Scambler G, Higgs P (eds.) Modernity, Medicine, and Health. Routledge, 1998.
- ²⁵ Gordon DR. Tenacious assumptions in western medicine, in: Lock M, Gordon DR. Biomedicine examined. Kluwer Academic Publishers, 1988.
- ²⁶ Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001; **323**: 625-628.
- ²⁷ Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994; **334(8930)**: 1129-1133.
- ²⁸ Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice* 1999; **16**: 4-11.
- ²⁹ Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, v Scholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ* 1990; **300(6741)**: 1698-1701.
- ³⁰ Wright CJ. Physician remuneration methods: the need for change and flexibility. *Canadian Medical Association Journal* 1996; **154(5)**: 678-680.
- ³¹ Rosen B. Professional reimbursement and professional behavior: emerging issues and research challenges. *Social Science and Medicine* 1989; **29(3)**: 455-462.

- ³² Wright CJ. Physician Remuneration Method: The need for change and flexibility. *Canadian Medical Association Journal* 1996; **154(5)**: 678-680.
- ³³ Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives und Provider Payment Methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995; **10**: 23-45.
- ³⁴ Mowat DL. Primary care reform: Is it time for population-based funding? *Canadian Medical Association Journal* 1997; **157(1)**: 43-44.
- ³⁵ Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives und Provider Payment Methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995; **10**: 23-45.
- ³⁶ Hutchinson B, Birch S, Hurlley J, Lomas J, Stratford-Devai F. Do physician-payment mechanisms affect hospital utilization? A study of health service organisations in Ontario. *Canadian Medical Association Journal* 1996; **154(5)**: 653-661.
- ³⁷ KPMG. Descriptive review of selected primary health care initiatives. Wellington: Ministry of health, 1994.
- ³⁸ Matsaganis M, Glennerster H. The threat of 'cream skimming' in the post-reform NHS. *Journal of Health Economics* 1994; **13**: 31-60.
- ³⁹ Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and Provider Payment Methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995; **10**: 23-45.
- ⁴⁰ Sheldon TA, Smith P, Borowitz M, Martin S, Carr Hill R. Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets. *BMJ* 1994; **309**: 1059-1064.
- ⁴¹ Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives und Provider Payment Methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995; **10**: 23-45.
- ⁴² McGrath F. Fundholding and non-fundholding purchasing models in the United Kingdom. Christchurch: Southern Regional Health Authority, 1995.
- ⁴³ Sheldon TA, Smith P, Borowitz M, Martin S, Carr Hill R. Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets. *BMJ* 1994; **309(6961)**: 1059-1064.
- ⁴⁴ Korcok M. Capitation begins to transform the face of American medicine. *Canadian Medical Association Journal* 1996; **154(5)**: 688-691.
- ⁴⁵ Personal Health Funding Formula 1996/97: Technical Guide. Wellington: Ministry of Health, 1995.
- ⁴⁶ Demographic Adjusters. Wellington: Ministry of Health, 1996.
- ⁴⁷ Population-Based Funding for Primary Care: Draft Weightings for patient populations: Health Funding Authority, 1998.
- ⁴⁸ New Zealand. Ministry of Health. The Primary Health Care Strategy. 2001. www.moh.govt.nz/moh.nsf accessed 20-08-02
- ⁴⁹ A Guide for Establishing Primary Health Organisations. Ministry of Health, Wellington, New Zealand, 2002.
- ⁵⁰ Sheldon TA, Smith P, Borowitz M, Martin S, Carr Hill R. Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets. *BMJ* 1994; **309(6961)**: 1059-1064.
- ⁵¹ Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, vScholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ* 1990; **300**: 1698-1701.
- ⁵² Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989; **39(320)**: 114-7.
- ⁵³ Monrad Aas IH. Incentives and financing methods. *Health Policy* 1994; **34**: 205-220.
- ⁵⁴ Scott A, Hall J. Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects. *Healthy Policy* 1995; **31**: 183-195.
- ⁵⁵ Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; **4**:
- ⁵⁶ Bohmer P. Primary Health Care Funding – A literature review and evaluation of selected models. Pegasus Medical Group, 1998.
- ⁵⁷ Battista RN., Williams IJ, MacFarlane LA. "Determinants of Preventive Practices in Fee-For-Service Primary Care". *American Journal of Preventive Medicine* 1990; **6**: 6-11.
- ⁵⁸ Woodward CA, Cohen J, Ferrier BM, et al. "Correlates of Certification in Family Medicine in the Billing Patterns of Ontario General Practitioners". *Canadian Medical Association Journal* 1989; **141**: 897-904.
- ⁵⁹ Newton J, Hayes V, Hutchinson A. Factors influencing general practitioners referral decisions. *Family Practice* 1991; **8**: 308-313.
- ⁶⁰ Loft A, Mooney G. Trying to judge what is best medical practice. *International Journal of Health Planning and Management* 1989; **4**: 159-166.
- ⁶¹ Hormozdyan N. National Association of County and City Health Officials (NACCHO). Definitions of Health Project, 1999. www.naccho.org/project69.cfm accessed 15-04-02

-
- ⁶² Larson JS. The conceptualization of health. *Medical Care Research Review* 1999; **56(2)**: 123-136.
- ⁶³ Kayser B, Schwefling B. *Managed Care and HMOs*. Verlag Hans Huber 1998. 93.
- ⁶⁴ Donaldson C, Gerard K. Countering doctor moral hazard. *Economics of Health Care Financing*. MacMillan, 1993. 186.
- ⁶⁵ Donaldson C, Gerard K. Countering doctor moral hazard. *Economics of Health Care Financing*. MacMillan, 1993. 115.
- ⁶⁶ Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001; **323**: 625-628.
- ⁶⁷ Yates FE. Complexity of human beings: changes with age. *Neurobiology of Aging* 2002; **23(1)**: 17-19.
- ⁶⁸ Goldberger AL. Nonlinear dynamics for clinicians: chaos theory, fractals, and complexity at the bedside. *Lancet* 1996; **347**: 1312-1314.
- ⁶⁹ Heath I. „Uncertain clarity“: contradictions, meaning, and hope. *British Journal of General Practice* 1999; **49**: 651-657.
- ⁷⁰ Calman KC. Issues of risk: “This unique opportunity”. *British Journal of General Practice* 2001; **51**: 47-51.
- ⁷¹ Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; **344**: 1129-1133.
- ⁷² Wennberg JE. On patient need, equity, supplier induced demand and the need to assess the outcome of common medical practice. *Medical Care* 1985; **23**: 512-520.
- ⁷³ Saltman D. The “disease model” challenged. in: Baume P. *The tasks of medicine. An ideology of care*. MacLennan+Petty, 1998. 220-237.
- ⁷⁴ Schon DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. London: Maurice Temple Smith, 1983
- ⁷⁵ Summerton N. Diagnosis and general practice. *British Journal of General Practice* 2000; **50**, 995-1000.
- ⁷⁶ Ulrich G. *Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffes*. Schattauer Verlag 1997. 48.
- ⁷⁷ Gordis L. *Epidemiologie. Einschätzung der Validität und Reliabilität von diagnostischen Screening-Tests*. Kilian 2001. 73.
- ⁷⁸ Cox K. *Doctor & Patient. Exploring clinical thinking*. UNSW Press, 1999. 69.
- ⁷⁹ Wennberg JE. On patient need, equity, supplier induced demand and the need to assess the outcome of common medical practice. *Medical Care* 1985; **23**: 512-520.
- ⁸⁰ Barton RM. Coping with uncertainty: facing calamity. *Journal of Family Practice* 1998; **46**: 87-88.
- ⁸¹ Eddy D. Connecting value and costs: Whom do we ask and what do we ask them? *Journal of the American Medical Association* 1990; **264**: 1737-1739.
- ⁸² Eisenberg DM. Doctors decision and the cost of medical care. Ann Arbor, Michigan, 1986, in: Kayser B, Schwefling B. *Managed Care and HMOs*. Verlag Hans Huber 1998. 108-109.
- ⁸³ Kayser B, Schwefling B. *Managed Care and HMOs*. Verlag Hans Huber 1998. 90.
- ⁸⁴ Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner’s consulting style on patient satisfaction: a controlled study. *BMJ* 1990; **301**: 968-970.
- ⁸⁵ Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, et al. Randomised controlled trial of patient-centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ* 1998; **317**: 1202-1208.
- ⁸⁶ Roland M. James MacKenzie lecture 1998. Quality and efficiency: enemies or partners? *British Journal of General Practice* 1999; **49**: 140-143.
- ⁸⁷ Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice* 2000; **50**: 892-897.
- ⁸⁸ Dixon DM, Sweeney KG, Pereira Gray DJ. The physician healer: ancient magic or modern science? *British Journal of General Practice* 1999; **49**: 309-312.
- ⁸⁹ Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice* 1999; **49**: 47.
- ⁹⁰ Jones I, Britten N. Why do some patients not cash their prescription? *British Journal of General Practice* 1998; **48**: 903-905.
- ⁹¹ New Zealand. Ministry of Health. *The Primary Health Care Strategy*. 2001. 8. www.moh.govt.nz/moh.nsf accessed 15-04-02.
- ⁹² Bohmer P. *Primary Health Care Funding – A literature review and evaluation of selected models*. Pegasus Medical Group, 1998.
- ⁹³ Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, vScholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ* 1990; **300**: 1698-1701.

-
- ⁹⁴ MacPhee S. Reform the Watchword as OECD countries struggle to contain health care costs. *Canadian Medical Association Journal* 1996; **154(5)**: 699-701.
- ⁹⁵ New Zealand. Ministry of Health. The Primary Health Care Strategy. 2001. www.moh.govt.nz/moh.nsf accessed 01-04-02.
- ⁹⁶ Kayser B, Schwefling B. Managed Care and HMOs. Verlag Hans Huber 1998. 115-116.
- ⁹⁷ Kayser B, Schwefling B. Managed Care and HMOs. Verlag Hans Huber 1998. 197.
- ⁹⁸ Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving health: Measuring effects of medical care. In: *The Milbank Quarterly*, 1994. 72/2. 225-258.
- ⁹⁹ Kayser B, Schwefling B. Managed Care and HMOs. Verlag Hans Huber 1998. 198.
- ¹⁰⁰ Noack RH. Public Health an der Schwelle zum 21. Jahrhundert: Tradition, Modernisierung, Herausforderung und Vision. In: Polak G (Hrsg.) *Das Handbuch Public Health: Theorie und Praxis*. Springer Verlag. 1999. 26.
- ¹⁰¹ Weltgesundheitsorganisation (WHO). Gesundheitsziele für das 21. Jahrhundert. In: Noack RH. *Public Health an der Schwelle zum 21. Jahrhundert: Tradition, Modernisierung, Herausforderung und Vision*. In: Polak G (Hrsg.) *Das Handbuch Public Health: Theorie und Praxis*. Springer Verlag. 1999. 22.