

**Beitrag zur Podiums- und Plenumsdiskussion im Rahmen der gemeinsamen Fachtagung des BKA/Bioethikkommission, der Katholischen Aktion Österreich, des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin und St. Virgil, Salzburg, zum Thema: Zu einer gerechten Verteilung knapper Gesundheitsressourcen am 23.-24. März 2007 in Salzburg, St Virgil.**

# **Die Sicherung des Zugangs und der Qualität von Gesundheitsleistungen**

**Gudrun Biffl**

## **1. Ausgaben für die Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich**

Österreich gibt derzeit (2005) 10,2% des BIP für die Gesundheitsversorgung aus. Damit liegt Österreich im oberen Drittel der EU-15. Mit einem Anteil des privaten Sektors von rund 30% an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben ist der Beitrag der Privaten vergleichsweise hoch.

Die Alterung der Bevölkerung wird, Berechnungen der OECD zufolge, zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben um etwa 30% auf 13% des BIP bis 2050 führen. Dies gilt unter der Annahme, dass es zu einer Kompression der Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren vor dem Sterben kommt. Sollte diese Hypothese nicht eintreten, ist mit einem stärkeren Anstieg zu rechnen.

Während die Ärztedichte und andere Indikatoren der gesundheitlichen Versorgung in Österreich im Schnitt der OECD oder darüber liegen, gilt das nicht für den Pflegebereich. Ca. 1% des BIP wird derzeit für die Langzeitpflege ausgegeben – damit liegt Österreich im unteren Drittel der EU-15. Das dürfte vor allem eine Folge der Organisationsform sein, die in relativ geringem Maße über den formellen Sektor und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung läuft. In Österreich erfolgt ein hoher Anteil der Pflege zu Hause und im informellen Sektor. Die derzeitige Organisationsstruktur der Pflege und Betreuung ist kein Garant für eine nachhaltige, leistbare Pflege.

### **Handlungsbedarf im Pflegebereich**

- Neue Organisationsstrukturen sind angesagt an der Schnittstelle von intra- und extramuraler Betreuung und Pflege, sowie zwischen PatientInnen/zu Pflegenden, niedergelassenen Ärzten und PflegerInnen/BetreuerInnen. In einem Gemeindegemeinschaftszusammenhang könnte man an die Einrichtung einer 'Gemeindekrankenschwester' (community nurse) oder eine regionale/lokale Pflegeplattform als Drehscheibe und Informationskern denken, in der in einem lokalen Zusammenhang Ressourcen organisiert und kombiniert werden (Angebot und Nachfrage). Ziel sollte die Begründung sozialversicherungsrechtlich abgesicherter Beschäftigungsverhältnisse sein, eine bessere Nutzung über Koordination der vorhandenen Ressourcen, eine Professionalisierung der Pflege und

Betreuung und der Organisationsstrukturen, sowie die Sicherstellung der Qualität der Pflege und Betreuung.

- Die Akademisierung der Pflegedienste ist angesagt. In der EU ist die Ausbildung im höheren Pflegebereich eine akademische Ausbildung; im Zusammenhang mit dem Bologna Prozess sollte sich auch Österreich zu dieser Ausbildungsstruktur aufraffen, nicht zuletzt um die Mobilität der österreichischen Pflegekräfte und die internationale Anerkennung ihrer Qualifikation in anderen EU-Ländern zu gewährleisten.

## **2. Recht auf Gesundheit aus ethischen und ökonomischen Gründen sinnvoll**

Vor mehr als 25 Jahren kam die WHO zu dem Schluss, dass jeder Mensch das Recht auf Gesundheit habe (Deklaration von Alma Ata 1978). Diese Erklärung löste ein Umdenken in der Gesundheitspolitik aus. Ziel ist seither, dass nicht nur die medizinische Versorgung von Kranken gesichert sein soll, sondern dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu schaffen sind, die eine gesunde Lebens- und Arbeitswelt für alle sichern. Alle sozialen, gesellschaftlichen und politischen AkteurlInnen sind angehalten, einen Beitrag zur Erreichung dieses Zieles zu leisten. Von *Antonovsky* (1979, 1987) wurde in der Folge das Konzept der "Salutogenese" entwickelt, dem zufolge die Gesundheitsförderung u. a. darin besteht, Rezepte zur Erleichterung des Umgangs mit Stress und arbeitsbedingten Belastungen zu entwickeln. Salutogenese stellt auch eine analytische und konzeptive Basis für die Bekämpfung von Ungleichheiten des Gesundheitszustandes verschiedener sozio-ökonomischer Gruppen dar.

Aber nicht nur die Lebensqualität steigt in einer Gesellschaft, die die Erhaltung der Gesundheit aller zum Ziel hat, sondern auch die Wirtschaftskraft und damit die Basis für die Finanzierbarkeit eines guten Gesundheitssystems, das auf Forschung und technischem Fortschritt aufbaut. Der Ökonom und Nobelpreisträger *Amartya Sen* (1992, 1999) hat als einer der Ersten darauf hingewiesen, dass eine gute Gesundheit nicht nur für den Einzelnen ein wesentlicher Faktor für das allgemeine Wohlbefinden ist, sondern dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für das Wirtschaftswachstum und damit die Wirtschaftskraft eines Landes ist<sup>1)</sup>. Die *Commission on Macroeconomics and Health* (eine WHO-Commission) untersuchte den Einfluss des Gesundheitszustands der Bevölkerung, insbesondere der Beschäftigten, auf das Wirtschaftswachstum. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Gesundheit als wesentliches Merkmal des Humankapitals in seinem Beitrag zum Wirtschaftswachstum mit dem Effekt von Aus- und Weiterbildung vergleichbar ist. Der Effekt der Verbesserung der Gesundheit auf die Arbeitsproduktivität der Gesamtwirtschaft und der Betriebe ist vergleichsweise groß, was Investitionen in die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Gesundheits- und Sicherheitsvorkehrungen auf betrieblicher

---

<sup>1)</sup> Sen weist darauf hin, dass die Gesundheit eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen ("basic capabilities") für aktives wirtschaftliches und soziales Handeln ist.

Ebene nicht nur zu einer menschlich verantwortlichen sondern auch wirtschaftlich sinnvollen Maßnahme macht, die zur Steigerung der Wertschöpfung beiträgt.

Allein die Verringerung der Arbeitsunfälle seit den frühen 1990er Jahren erklärt einen Großteil des Rückgangs von Langzeit-Krankenständen in dieser Zeit.

So gesehen trägt der Fokus auf die Verbesserung der Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen nicht nur zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Einzelnen bei, sondern auch zu einer Verbesserung des Wirtschaftspotenzials und zu einer Reduzierung der Gesundheitsausgaben relativ zum Wirtschaftspotenzial.

### **3. Kostendruck auf das Gesundheitssystem steigt**

Während die Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegebereich in Österreich seit den 1970er Jahren kontinuierlich überdurchschnittlich ausgeweitet wurde, stagnierte das reale Pro/Kopf Einkommen. (Mehr dazu in Biffi 2006, WIFO-Weißbuch, Teilstudie 16) Das mag darauf zurückzuführen sein, dass es in anderen Branchen zu einer stärkeren Höherqualifizierung und Produktivitätssteigerung gekommen ist; zusätzlich ist aber auch der Kostendruck in diesen personenbezogenen Dienstleistungen besonders hoch, da Produktivitätssteigerungen bzw. Effizienzsteigerungen in der Arbeitsorganisation nicht leicht zu erzielen sind. Baumol hat schon 1967 darauf hingewiesen, dass Dienstleistungen, die geringe Chancen auf Produktivitätssteigerungen haben, entweder relativ zu anderen teurer werden oder dass diese Tätigkeiten unter einem besonderen Lohndruck stehen und die Gefahr besteht, dass sie zu Niedriglohntätigkeiten abrutschen. Baumol spricht in dem Zusammenhang von der "cost disease of labour intensive services which are resistant to rationalisation" (Baumol, 1967).

Während produktionsorientierte Dienstleistungen eine "Industrialisierung" der Dienstleistung infolge der Standardisierbarkeit der Tätigkeit, Mechanisierung und Rationalisierung erlauben, geht das bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen, insbesondere der Altenbetreuung und Pflege kaum.

Die Betreuung/Pflege erfordert eine aktive Beteiligung der betreuenden und betreuten Personen; technische Rationalisierbarkeit ist begrenzt, eine Erhöhung der Zahl der Betreuten pro BetreuerIn hat ab einem gewissen Moment Qualitätsverluste der Betreuung zur Folge. Es ist also eine "Produktivitätsschranke" eingezogen, die von nichtökonomischen Betreuungsnormen vorgegeben wird.

Infolge der geringen Möglichkeit für Produktivitätssteigerungen im betriebswirtschaftlichen Sinn sind Lohnsteigerungen analog zu anderen marktwirtschaftlichen Tätigkeiten nur mit einer Steigerung der Kosten (Preise) für diese Dienstleistungen aufzufangen. Da Preissteigerungen diese Dienstleistungen für viele Menschen unerschwinglich machen, werden sie nur in geringem Maße vom privatwirtschaftlich organisierten Sektor angeboten (Privatspitäler).

So gesehen ist es nicht überraschend, dass sich der Kostenaufwand für die gesundheitliche Versorgung seit Mitte der 1980er Jahre gemessen am BIP erhöht. In der Folge öffnet sich die

Schere zwischen Gesundheitsausgaben und Einnahmen. In dem Zusammenhang ist anzumerken, dass seit Mitte der 1990er Jahre im wesentlichen ausgabenseitig Reformen durchgeführt wurden, mit dem Ziel der Rationalisierung und Effizienzsteigerung der Versorgung (Koordination, Kooperationen, Planung der Kapazitäten) aber auch über eine Anhebung der Selbstbehalte.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist eine duale: einerseits über den Finanzausgleich und damit den allgemeinen Steuertopf, andererseits über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerabgaben (Sozialversicherungsbeiträge). Die Entwicklung der Beschäftigung, und hier vor allem auch die Lohnentwicklung, ist ein wesentlicher Faktor für die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit hat ebenso einen negativen Effekt auf die Finanzierungslage des Gesundheitssystems wie die zunehmende Teilzeitbeschäftigung sowie atypische Beschäftigung und der geringe Anstieg der Realeinkommen.

So gesehen ist ein hohes Beschäftigungs- und Wirtschaftswachstum ein Garant für die Aufrechterhaltung eines komplexen und umfassenden Gesundheitssystems. In dem Zusammenhang ist die Alterung der Erwerbsbevölkerung, insbesondere die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit der Älteren, ein wichtiger Faktor für die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Derzeit hat Österreich eine der geringsten Beschäftigungsquoten älterer Arbeitskräfte in der EU. Eine Anhebung der Beschäftigungsquote würde nicht nur die Einnahmen über Beitragszahlungen anheben sondern auch die Nutzung des Gesundheitssystems verringern, wenn man bedenkt, dass die Nutzung des Gesundheitssystems mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben abrupt ansteigt.

### **Herausforderungen**

- Sicherung der Finanzierungsbasis (Verbreiterung der Beitragsgrundlage, Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage, Anhebung der Beschäftigung ...).
- Anhebung der Effizienz/Produktivität der Organisation des Gesundheitssystems, insbesondere an Schnittstellen des Systems (Nahtstellenmanagement und integrierte Versorgungsformen).
- Technologiebewertungsmethoden zur Unterstützung von Investitionsentscheidungen.
- Qualitätssicherung, Evaluierung der Effekte der Kostendämpfung auf Versorgung, Wartezeiten etc. (Österreich ist einzubinden in international vergleichbare repräsentative Erhebungen analog zu den PISA-Studien im Bereich der Bildung).
- Bessere Koordinierung der Versorgungskette bzw. umfassende Einbindung in sozialversicherungsrechtliche Beschäftigung.