

Das LKF (Leistungs-Kosten-Finanzierung)-System Gesundheitsökonomische Betrachtungen

Wolfgang HUBER

Es gibt im Gesundheitswesen eine Entscheidungshierarchie, der auch wir hier in Österreich folgen, wengleich sie uns nicht allen bewußt ist. Diese Entscheidungshierarchie basiert auf der Erkenntnis, daß der Bedarf für me-

dizinische Leistung nach oben offen ist. Dies wird eindrucksvoll durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen der reichen Länder bewiesen, wo die Kosten eines Gesundheitswesens kaum mit der Volksgesundheit, wenig mit der

	Lebenserwartung		Geburtensterblichkeit	Gesundheitskosten (% des BSP)	Ärzte pro 10.000 Einwohner
	männlich	weiblich			
Japan	75,9	81,8	4,6	6,7	16
BRD	71,8	78,4	7,5	8,2	30
USA	71,5	78,5	9,7	11,8	23
GB	71,4	78,1	8,4	5,8	14
F	72,4	80,6	7,5	8,7	30
Canada	73,0	79,8	7,2	8,7	22
Holland	73,7	80,0	6,8	8,3	24

Tabelle 1: Gesundheitsindikatoren 1989 (OECD)

	BSP (in \$) pro Einwohner	Gesundheitskosten pro Einwohner
Japan	16000	1.000
BRD	14400	1.200
USA	20000	2.300
GB	14100	800
F	14200	1.300
Canada	19000	1.600
Holland	13900	1.200

Tabelle 2

Anzahl der Ärzte, aber sehr stark mit dem Reichtum korreliert.

Aufgrund dieser Tatsache, kann es nur eine Entscheidung der Gesellschaft sein, wieviel sie sich an Gesundheitskosten leisten möchte. Das Gesundheitssystem ist ein Dienstleistungssegment und es ist nun einmal eine Frage der gesellschaftlichen Präferenz, wie ich meinen Reichtum einsetze.

Die erste Entscheidungsebene ist also die gesellschaftliche

und die muß die Frage beantworten, wieviel an Gesundheitskosten wir uns leisten wollen. Es sind hier die Politiker, als unsere gewählten Vertreter, aufgefordert, eine Antwort zu geben, und die Antwort ist eigentlich sehr leicht, denn sie ist, wenn man eine reiche Gesellschaft ist, die eine gewisse Basisversorgung allen zukommen läßt, eine willkürliche Entscheidung, die den Politikern leicht fallen sollte, denn ab einem gewissen Ausgabenvolumen sind die Gesundheitskosten eben ein Luxusgut. Sicher ist es aber falsch, diese Entscheidung den Ärzten zuzuschieben, denn das würde wirklich heißen, sie zu Göttern in Weiß machen zu wollen.

Die zweite Entscheidungsebene ist die ärztliche. Wenn entschieden ist, wieviel finanzielle Mittel vorhanden sind, so gilt es dann die Frage zu beantworten, wie man diese Mittel ef-

fektiv einsetzt. An dieser Stelle gibt es immer den völlig richtigen ärztlichen Einwand, wie können wir diese Entscheidung fällen, solange es keine Kostentransparenz gibt. Dieser Einwand ist aber nicht so gravierend, daß man nicht trotzdem nach ethischen Grundsätzen entscheiden könnte, denn in der Medizin kann und soll die menschliche und ethische Entscheidung über der wirtschaftlichen stehen. Es ist aber zweifelsohne eine sehr schwierige und dringend notwendige Entscheidung und es bedarf einer eingehenden Diskussion, wie unsere Mittel effektiv eingesetzt werden können. Sicher ist aber die derzeitige Entwicklung falsch, daß zum Beispiel aus falsch verstandener Sparsamkeit Impfprogramme nicht mehr finanziert werden. Hier finden bereits unbewußt ethische Entscheidungen statt, die einfach katastrophal sind.

Die dritte Entscheidungsebene ist die wirtschaftliche. Sie funktioniert nach allgemeinen wirtschaftlichen Kriterien und beantwortet die Frage, wie können wir das, was wir als effektiv im Rahmen unserer finanziellen Bedingungen erkannt haben, auch möglichst effektiv erbringen. Diese Entscheidungsebene wäre sehr leicht zu beantworten, wenn man nur ein bißchen wirtschaftliche Instrumentarien in den Krankenhäusern einsetzen würde.

Entscheidungsebene	WAS	WIE
1. politische	Wieviel Mittel	willkürlich, präferentiell
2. ärztliche	Was ist effektiv?	ethisch
3. wirtschaftliche	Was ist effizient?	wirtschaftlich

Die Konklusion aus diesen Überlegungen ist also, daß die Problematik im Gesundheitswesen vor allem eine ethische ist, und die übermäßige Beschäftigung mit den wirtschaftlichen Problemen geschieht wohl nicht deswegen, weil diese Frage die wichtigere, sondern weil sie die leichtere ist.

Die politische Ebene behauptet nun, eine Entscheidung gefällt zu haben, denn wir haben eine Spitalsfinanzierungsreform, und zwar sind wir angeblich von einem retrospektiven Finan-

zierungssystem auf ein prospektives gewechselt. Was ist nun der wesentliche Unterschied zwischen diesen Systemen? Bei der retrospektiven Finanzierung liegt das Kostenrisiko nicht bei den Kostenverursachern und damit ist der Anreiz gegeben, viele Kosten zu verursachen und zu expandieren. Bei einer Unterversorgung ist dieses System sogar erwünscht, obwohl interessanterweise Länder mit Unterversorgung meistens ein prospektives System haben. Das retrospektive System endet früher oder später in der Unfinanzierbarkeit, was schließlich zu einem prospektiven System führt. Im prospektiven System liegt das Kostenrisiko beim Kostenverursacher, das heißt, er bekommt nur mehr eine bestimmte Summe für seine Leistung und er muß diese Leistung kostengünstig erbringen. Die Gefahr besteht hier, daß auf Kosten der Patienten gespart wird und daher braucht man eine Qualitätssicherung auf einem klaren ethischen Fundament.

Finanzierungssysteme im Vergleich

Die jetzige Reform ist aber nur ein scheinbarer Wechsel zu einem prospektiven System, da nur ein Teil der Kosten über das LKF-System ausgeschüttet wird, womit der Rest wieder über das Betriebsabgangsdeckungssystem kommen wird. Dies kommt de facto einer Beibehaltung des bisherigen Systems gleich.

	Retrospektiv	Prospektiv
System	Betriebsabgangsdeckung	LKF, Budgetierung
Anreiz	Expansion	wirt. Führung
Indikation	Unterversorgung	normale oder Überversorgung
Nachteile	Unfinanzierbarkeit	Qualitätsverlust
Gegenmaßnahmen	prospektives System	Qualitätssicherung

Diese Reform ist also eigentlich eine Verschlechterung, denn es macht langfristig überhaupt keinen Sinn, eine Mischform einzuführen, weil man dadurch nur die Nachteile beider Systeme verbindet. Ein prospektives System verlangt das Wirtschaften und damit ist ein

höherer Verwaltungsaufwand verbunden. Ein retrospektives System verlangt oder fordert sogar kein Wirtschaften, da das Wirtschaften bestraft wird. Bei der jetzigen geplanten Mischform zwischen prospektiver und retrospektiver Bezahlungsform wird uns daher wahrscheinlich nur gelingen, die erhöhten Verwaltungskosten des prospektiven Systems mit der falschen Anreizstruktur des retrospektiven Systems zu verbinden. Nun muß man allerdings zugeben, daß es sehr wohl einige Bundesländer gibt, die planen, daß es in 2 bis 3 Jahren zu einem reinen LKF-System kommen wird. Diese Bundesländer scheinen die Reform ernstzunehmen. Andere, hier ist vor allem Wien zu nennen, sind an einer Reform nicht wirklich interessiert, und dort findet auch keine Spitalsfinanzierungsreform statt, sondern eher eine Rechtsträgerentmündigungsreform.

Das richtige LKF-System ist nur ein Schritt in die richtige Richtung, da es der medizinischen und wirtschaftlichen Realität näher kommt als das bisherige System und die Spitäler zwingt, endlich einmal bedarfswirtschaftliche Mindestkriterien zu erfüllen. Da das LKF-System aber keine Kosten senken wird, werden sogar jene, die es jetzt zu einer Farce werden lassen, meinen, daß sie recht gehabt hätten. Kurzfristig mag das wohl stimmen, langfristig verhindern sie allerdings damit eine effektive Qualitätssicherung, die eine Begleiterscheinung eines funktionierenden LKF-Systems ist. Nur eine effiziente bedarfswirtschaftliche Krankenhausführung und nur sie wird eine gute Medizin für alle Patienten auf Dauer garantieren.

Dr. Wolfgang HUBER MBA, Geschäftsführer der Krankenhäuser der Barmherzigen Schwestern, Stumpergasse 13, A-1060 Wien