

ExpertInnengespräch an der Donau-Universität Krems:
Rationierung oder Public Health?

Public Health als Antwort auf die ökonomischen Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Univ.-Prof. Dr.oec. Bernhard Güntert
Institut für Management und Ökonomie im
Gesundheitswesen (IMÖG)
UMIT, Hall in Tirol

Was bedeutet Ökonomik ?

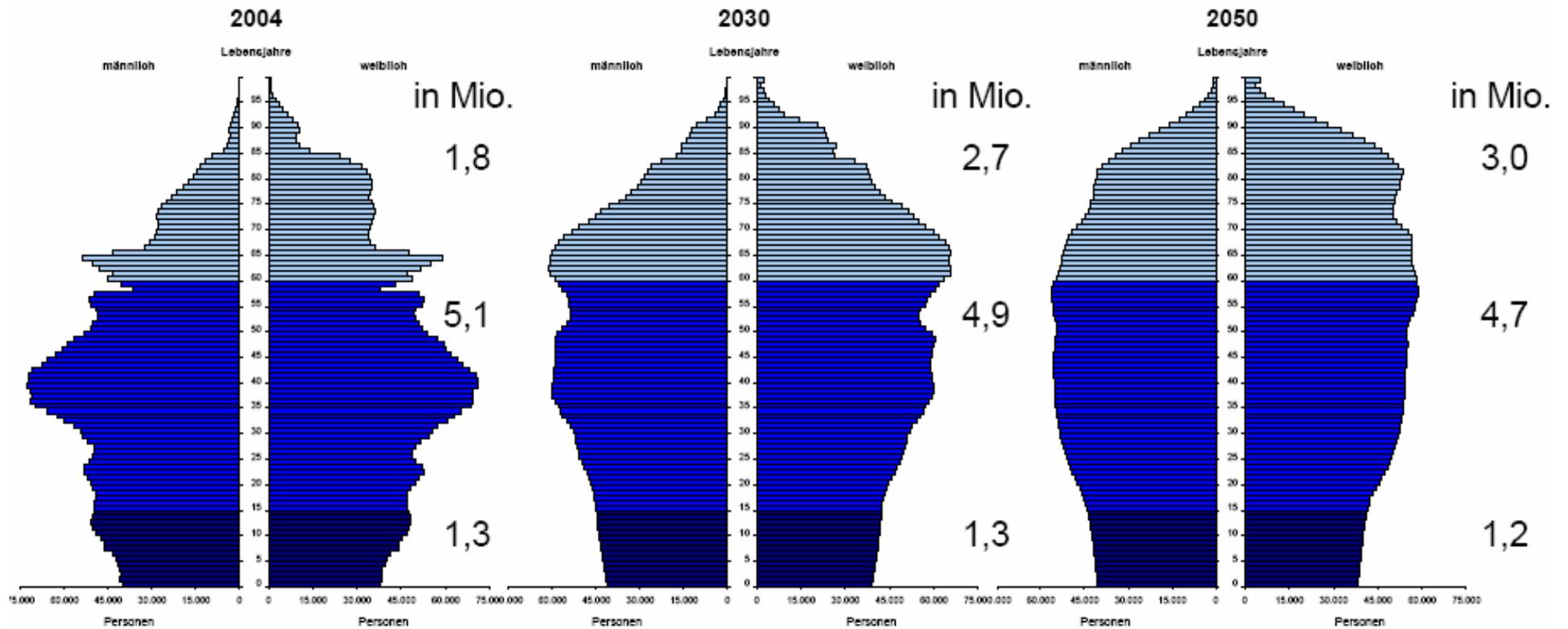
- Ökonomik ist die Wissenschaft von der optimalen Verwendung knapper Ressourcen.
- Ökonomik bedeutet die Untersuchung von marginalen Verhaltensänderungen bei veränderten Rahmenbedingungen mittels Vorgehen nach dem „methodologischen Individualismus“ unter Annahme von „rationalem Verhalten“.

Veränderte Rahmenbedingungen und beobachtete Trends im Gesundheits- und Sozialwesen

Mehrnachfrage nach Leistungen aufgrund:

- Bevölkerungswachstum, demographische Entwicklung, Vereinzelung
- gestiegenes Anspruchsniveau der Bevölkerung
- bessere Zugänglichkeit, besserer Informationsstand
- medizinische und pflegerische Entwicklung, verbesserte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten
- höherer Investitionsbedarf
- überalterte Versorgungsstrukturen
- höhere Qualifikationen, Anpassung von Arbeitsbedingungen
- vitales Interesse der Wirtschaft an Gesundheit

Bevölkerungspyramiden für Österreich



17. Oktober 2005

STATISTIK AUSTRIA

12

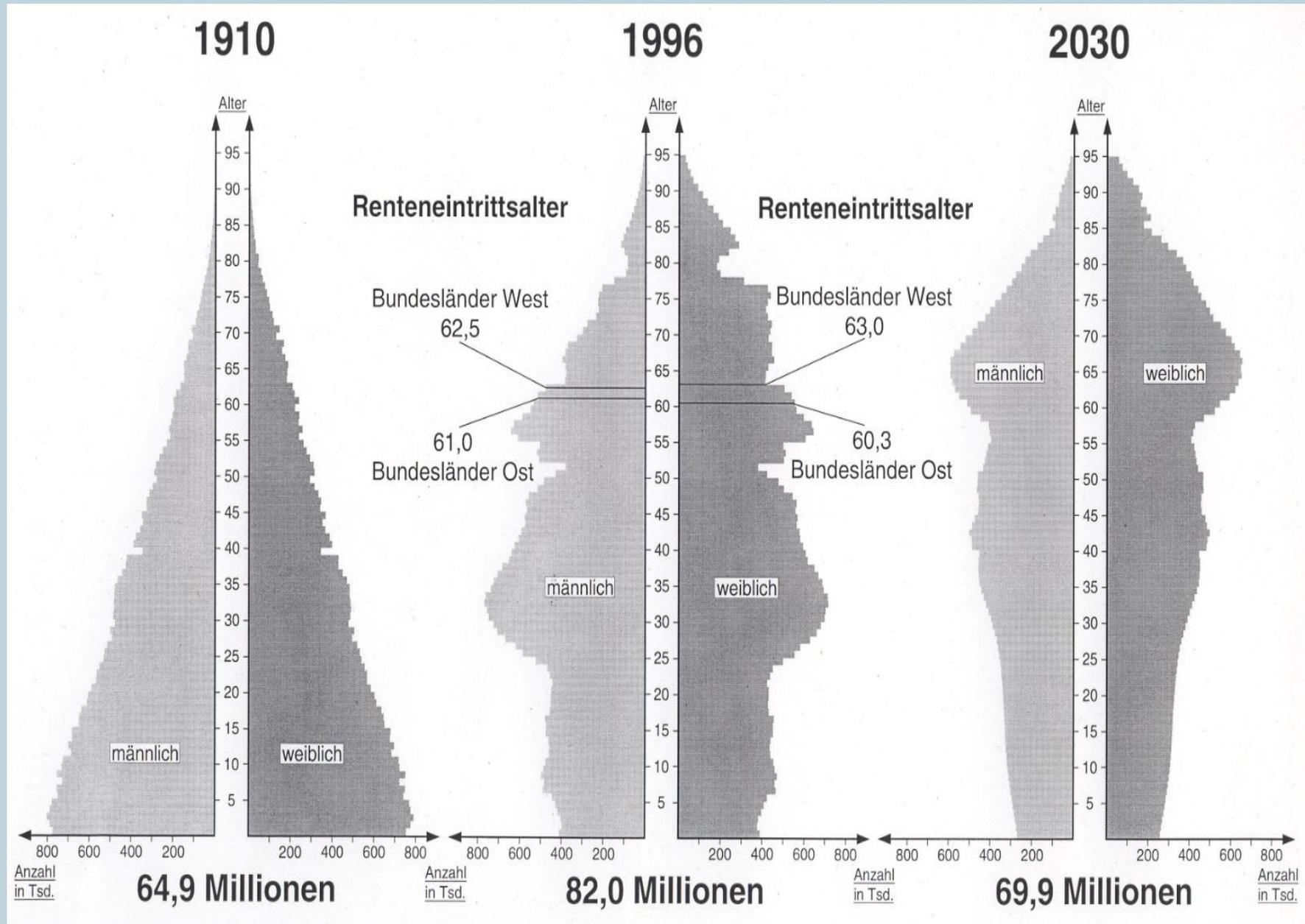
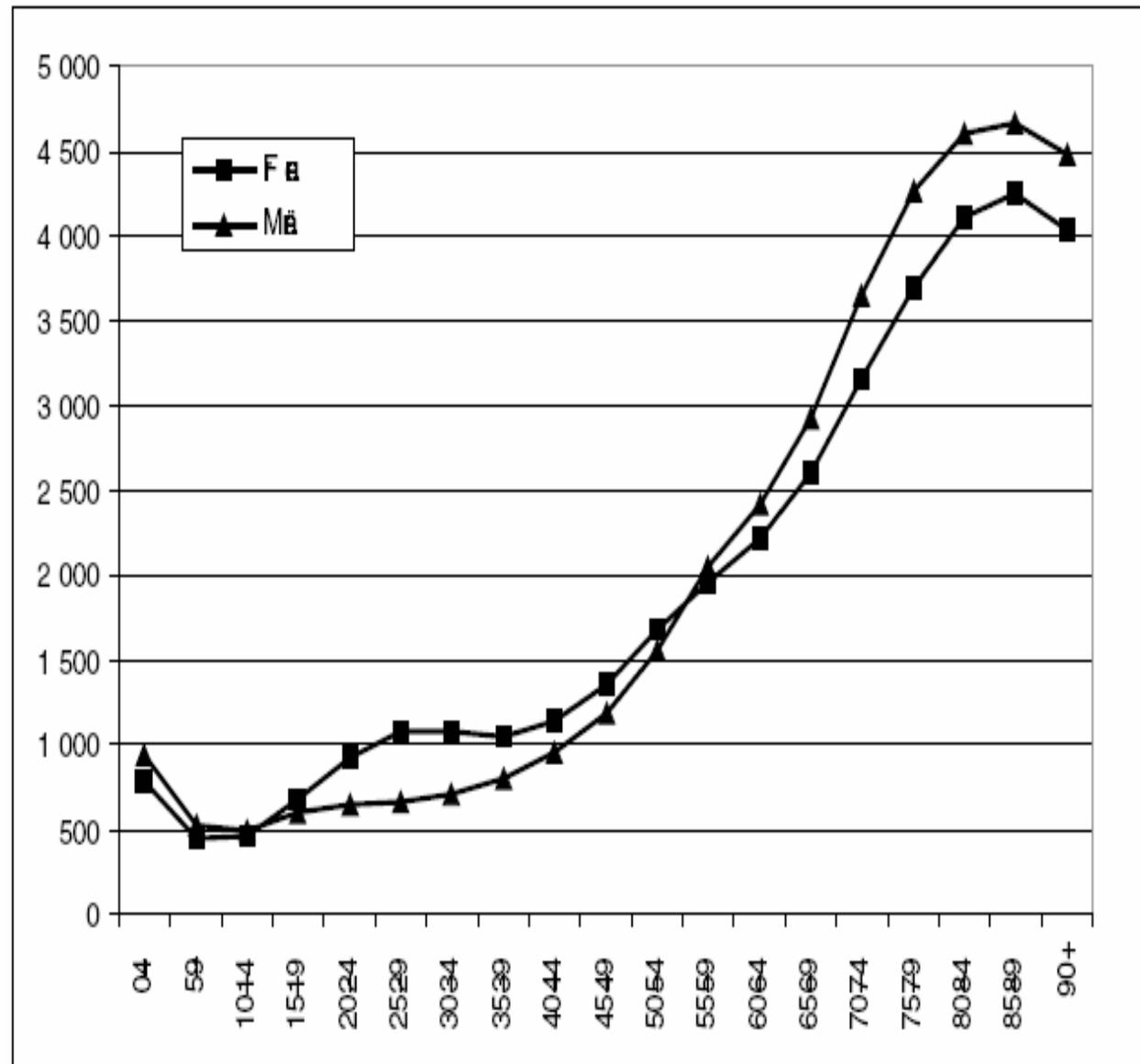


Abb. 10. Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen, In Euro pro Kopf, 2003



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2003 (41); Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; IHS HealthEcon Berechnungen (69).

Gesundheitsstatus und Risikofaktoren

	Life expectancy at birth	Infant mortality per 1000	Body mass index 30 + (in %)
Austria	79,3	4,5	9,1 – 8,5 (1999) (1991)
Germany	78,6	4,1	12,9 – 11,5 (2003) (1999)
Switzerland	81,2	4,2	7,7 – 5,4 (2002) (1992)
Denmark	77,6	4,4	9,5 – 5,5 (2000) (1987)
Sweden	80,6	3,1	9,7 – 5,5 (2003) (1989)
United Kingdom	78,5 (2003)	5,1	23,0 – 11,5 (2003) (1983)
United States	77,5 (2003)	6,9 (2003)	32,2 - 23,3 (2004) (1991)
OECD Health Data 2006			

Tabelle 42. Verordnungen zu Lasten der Krankenversicherung, 1993–2003

Jahr	Anzahl der Verordnungen		Ausgaben pro Verordnung
	absolut (In Mio.)	bezogen auf Einwohner/Innen	In €
1993	90,4	11,4	10,8
1994	92,4	11,6	11,5
1995	94,5	11,9	12,1
1996	93,2	11,7	12,8
1997	91,9	11,5	13,1
1998	96,4	12,1	14,1
1999	101,4	12,7	15,3
2000	101,4	12,7	16,2
2001	98,5	12,3	17,5
2002	99,1	12,3	18,5
2003	102,0	12,6	19,1
Durchschnittliche jährliche Steigerungsrate In Prozent			
1993-2003	1,2	1,0	5,9
1993-1998	1,5	1,2	6,6
1998-2003	1,1	0,8	6,2

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1995–2004 (41); Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (92; 93; 95).

Veränderte Rahmenbedingungen und beobachtete Trends im Gesundheits- und Sozialwesen

Mehrnachfrage nach Leistungen aufgrund:

- Bevölkerungswachstum, demographische Entwicklung, Vereinzelung
- gestiegenes Anspruchsniveau der Bevölkerung
- bessere Zugänglichkeit, besserer Informationsstand
- medizinische und pflegerische Entwicklung, verbesserte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten
- höherer Investitionsbedarf
- überalterte Versorgungsstrukturen
- höhere Qualifikationen, Anpassung von Arbeitsbedingungen
- vitales Interesse der Wirtschaft an Gesundheit

Tabelle 43. Anzahl der Großgeräte In Österreich, 1998 und 2003

	1998			2003			Veränderung 1998-2003, absolut		
	Akut-KA	Extra-mural, Reha	Ins-gesamt	Akut-KA	Extra-mural, Reha	Ins-gesamt	Akut-KA	Extra-mural, Reha	Ins-gesamt
Computertomographiegeräte	126	82	208	155	80	235	29	-2	27
Magnetresonanztomographiegeräte	38	30	68	76	55	131	38	25	63
Digitale Subtraktionsangiographieanlagen	69	3	72	70	1	70	1	-3	-2
Koronarangiographiegeräte	26	4	30	38	4	41	12	-1	11
Stoßwellenlithotripsiegeräte	12	1	13	13	0	13	1	-1	0
Strahlentherapeutische Hochvolttherapiegeräte	33	0	33	44	0	44	11	0	11
Emissions-Computertomographiegeräte	105	22	127	80	21	101	-26	-1	-27
Positronenemissions-Computertomographiegeräte	3	0	3	21	1	22	18	1	19
Insgesamt^a	412	142	554	495	161	656	83	19	102

Quelle: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan, 1999 und 2003.

Anmerkungen: Akut-KA: Akutkrankenanstalten; Reha: Rehabilitationszentren, überwiegend stationär; ^a kann Rundungsfehler enthalten.

Strukturdaten Gesundheitswesen

	USD per capita 2004	Physicians per 1000	Nurses per 1000	Acute care hospital beds per 1000	MRI per Mio. pop.
Austria	3124	3,5	9,3	6,5	14,9
Germany	3005	3,4	9,7	6,4	6,6
Switzerland	4077	3,8	10,7 (2000)	3,8	14,3
Denmark	2881	3,0	7,0	3,3	10,2
Sweden	2825	3,3	10,3 (2003)	2,2	--
United Kingdom	2546	2,3	9,2	3,6	5,0
United States	6102	2,4	7,9 (2002)	2,8	--
OECD Health Data 2006					

- Prävention/Gesundheitsschutz
- Pflegerische Leistungen
- Ausgleich krankheitsbedingter Folgen
- Arzneimittel
- Transporte
- Forschung/Ausbildung/Investitionen
- Ärztliche Leistungen
- Therapeutische Leistungen
- Unterkunft und Verpflegung
- Zahnersatz
- Verwaltungsleistungen

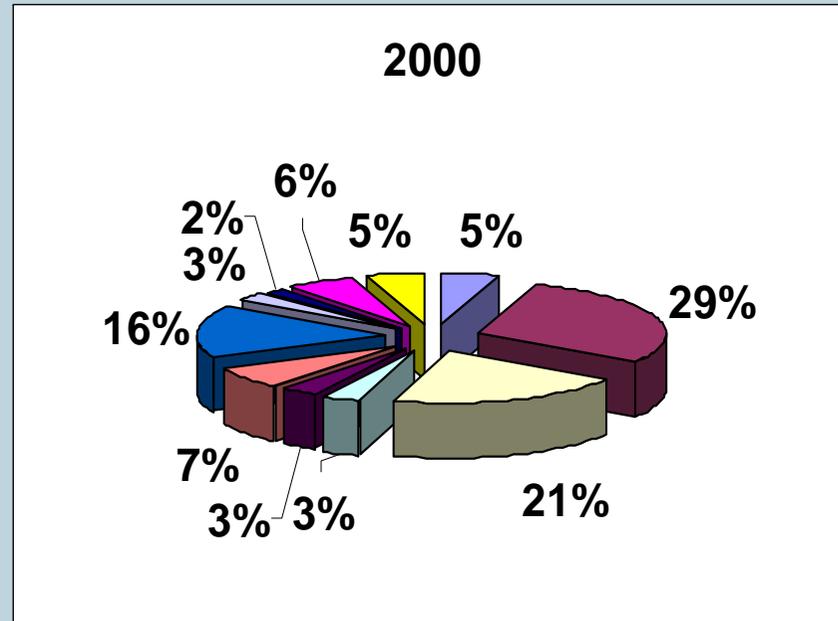
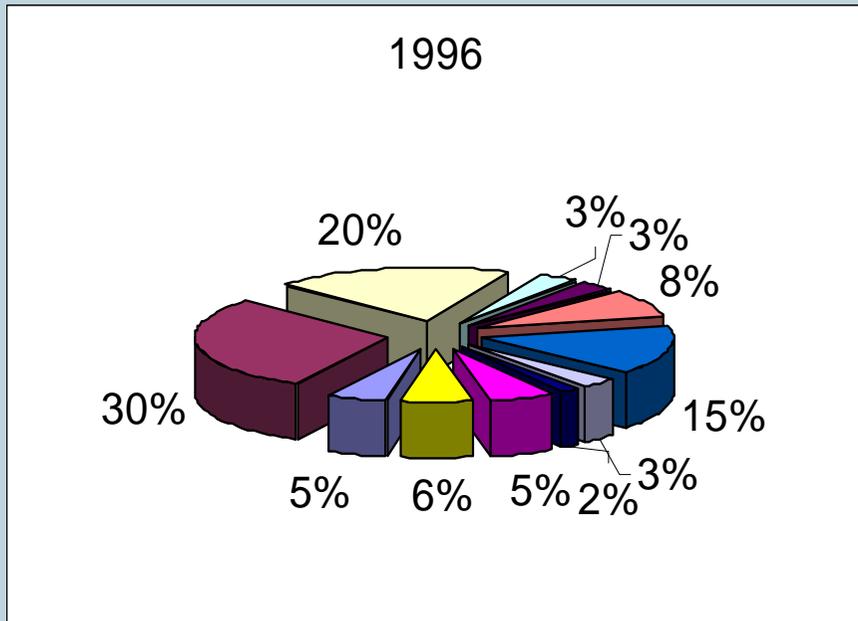


Tabelle 24. Struktur der Gesundheitsausgaben in Österreich in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 1995–2004

	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Stationäre Versorgung	36,5	36,9	38,4	38,8	38,6	38,9
Ambulante Leistungen	24,9	23,4	23,4	23,3	23,2	23,3
Ausgaben für medizinische Güter	13,0	16,9	16,6	17,1	17,3	17,1
– Arzneimittel	9,8	13,2	13,1	13,6	13,9	13,8
– Therapeutische Hilfsmittel	2,0	2,5	2,6	2,6	2,5	2,4
Langzeitpflege ^a	11,1	10,2	10,3	10,2	10,2	9,9

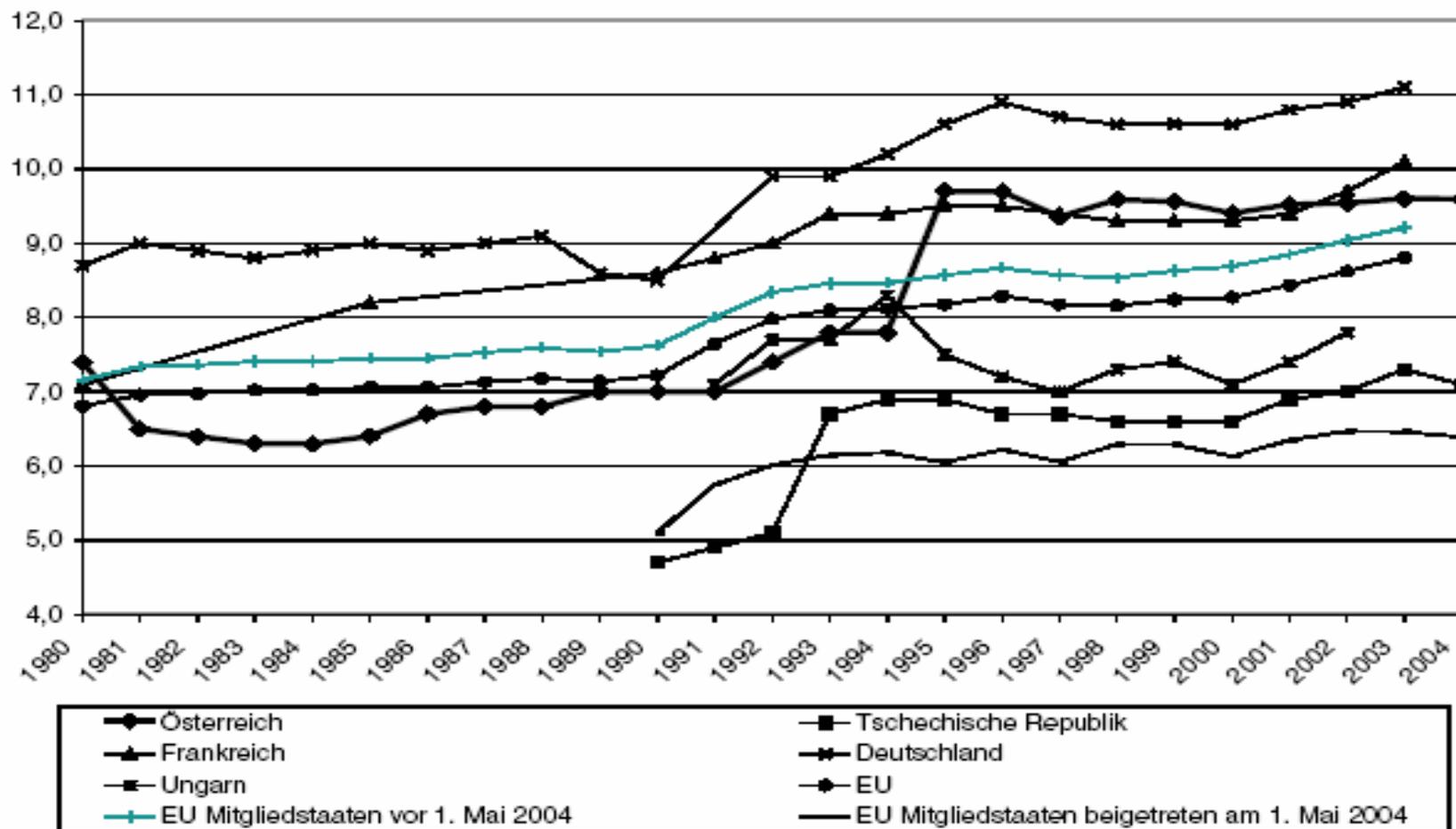
Quelle: Statistik Austria, Februar 2006; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41;44); IHS HealthEcon Berechnungen, 2006.

Anmerkung: ^a Bundes- und Landespflegegeld sowie private Ausgaben für stationäre Leistungen in Pflegeheimen.

Aufwand des Gesundheitswesens in % des Bruttoinlandsprodukts

	1960	1970	1980	1990	1995	1997	1999	2000	2002	2004
Austria	4,3	5,3	7,6	7,1	8,6	8,0	8,1	8,0	7,6	9,6
Germany	4,8	6,3	8,8	8,7	10,6	10,7	10,7	10,6	11,1	10,9
Switzerland	4,9	5,6	7,6	8,5	10,0	10,4	10,7	10,7	11,5	11,6
Denmark		8,0	9,1	8,5	8,2	8,2	8,5	8,3	9,0	8,9
Sweden	4,5	6,9	9,1	8,5	8,1	8,1	8,4	8,4	9,2	9,1
United Kingdom	3,9	4,5	5,6	6,0	7,0	6,8	7,1	7,3	7,7	8,3
United States	5,1	6,9	8,7	11,9	13,3	13,0	13,0	13,0	15,0	15,3
OECD Health Data 2006										

Abb. 6. Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes in Österreich, ausgewählten Ländern, im Durchschnitt der EU-Mitglieder vor 1. Mai 2004, seit 1. Mai 2004 und im gesamten EU-Durchschnitt, 1980–2004



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9), 1998–2002: WHO Schätzungen; Österreich 1995–2004: Statistik Austria, Februar 2006.

Veränderte Rahmenbedingungen und beobachtete Trends im Gesundheits- und Sozialwesen

Mehrnachfrage nach Leistungen aufgrund:

- Bevölkerungswachstum, demographische Entwicklung, Vereinzelung
- gestiegenes Anspruchsniveau der Bevölkerung
- bessere Zugänglichkeit, besserer Informationsstand
- medizinische und pflegerische Entwicklung, verbesserte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten
- höherer Investitionsbedarf
- überalterte Versorgungsstrukturen
- höhere Qualifikationen, Anpassung von Arbeitsbedingungen
- vitales Interesse der Wirtschaft an Gesundheit
- **überdurchschnittliche Kostensteigerung trotz vielfältiger Reformversuche**
- **Ökonomische Reaktion: Rationalisierung, rationale Allokation, Rationierung**

Begriffsbestimmung I

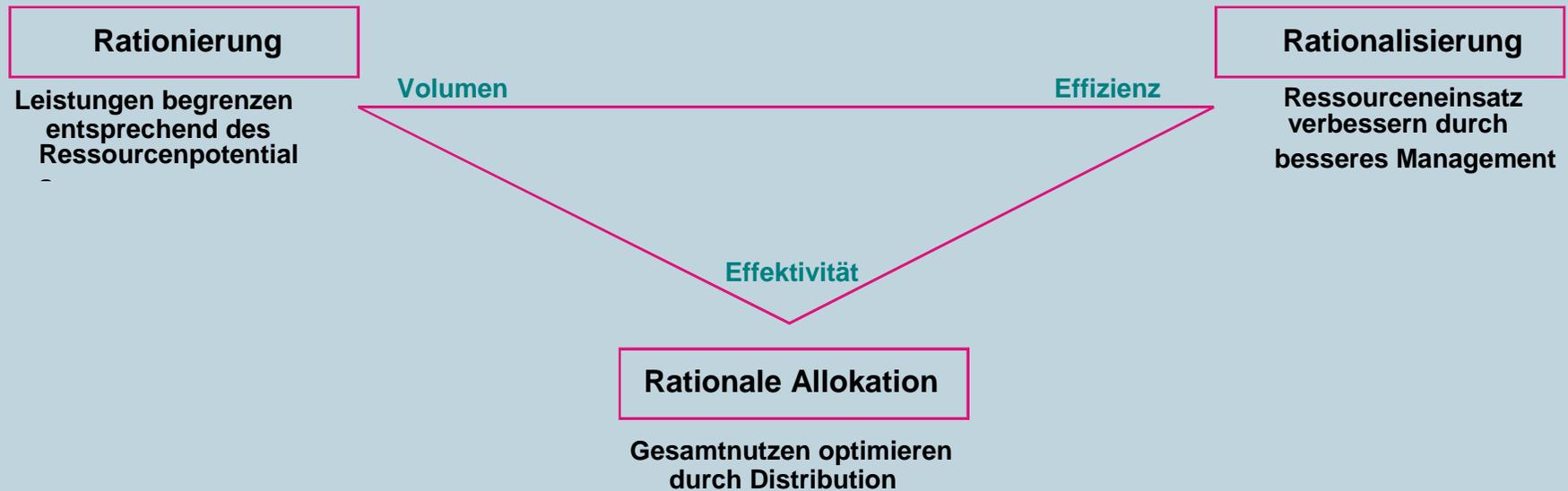
Prioritäten

gesellschaftlich oder politisch definierte Bereiche, die vorrangig unterstützt und gefördert werden

Posteriorität

gesellschaftlich oder politisch definierte Bereiche, die aufgrund knapper Ressourcen, technischer Innovation oder Wertewandel nachrangig oder gar nicht mehr unterstützt werden

Prioritätensetzungsdreieck



Begriffsbestimmung II

Rationalisierung

Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven mit dem Ziel der Effizienzsteigerung des Ressourceneinsatzes. Beruht primär auf allokativen Entscheidungen, die einer preislichen Steuerung zugänglich sind

Rationierung

Vorenthaltung von gewünschten, notwendigen und nachgefragten Leistungen bzw. Erschwerung oder Verweigerung einer Inanspruchnahme notwendiger Leistungen

Begriffsbestimmung III

rationale Allokation

Verteilung (Distribution) von knappen Ressourcen, d.h. solchen die nicht ausreichend vorhanden sind oder erzeugt werden können, mit dem Ziel den Gesamtnutzen des System zu erhöhen

Dichotomien der Rationierung

- „harte“ vs. „weiche“ Rationierung (Mielck/John 1996)
- „scharfe“ vs. „schwache“ Rationierung (Breyer/Kliemt 1994)
- „personenorientierte“ vs. „ressourcenorientierte“ Rationierung (Jecker/Pearlman 1992)
- „direkte“ vs. „indirekte“ Rationierung (Krämer 1989)
- „explizite“ vs. „implizite“ Rationierung (Mechanic 1979)

Bereiche mit bereits bestehender Rationierung

Bereiche bereits existierender Rationierung ...	alle	Wiss.	KK	Polit	HProf	Verb	ÖGD
... durch Budgetierung im ambulanten und stationären Bereich	1,92	2,17	2,33	1,83	1,40	1,83	2,00
... in der Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln	2,01	1,91	2,22	1,50	2,00	2,18	2,09
... durch Personalreduktion im stationären und ambulanten Bereich	2,01	2,14	2,56	2,33	1,64	1,67	1,91
... in der Prävention und Gesundheitsförderung	2,03	2,05	2,11	2,00	2,07	2,17	1,82
... in der Altenpflege und häuslichen Pflege	2,10	2,00	2,56	2,00	1,93	2,36	1,91
... durch Reduktion notwendiger Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung	2,14	2,14	2,56	1,83	1,93	1,83	2,73
... in der Pflegeversicherung (z.B. in der Pflegestufeneinteilung)	2,18	2,11	3,00	2,00	1,73	2,55	1,90

Mittelwerte gesamt und differenziert nach Institutionen; Delphi II (1 – stimme zu / 4 – stimme nicht zu)

Ebenen von Rationierungsentscheidungen

	Gesamt	
	U+	U-
Selbstverwaltungskörperschaften und Verbände des Gesundheitswesens	22,9	11,4
Leistungserbringer in der jeweiligen Entscheidungssituation	22,4	6,0
Kostenträger und Leistungserbringer (führen einer Zieldiskussion)	40,6	15,9
Rahmenbestimmungen auf Makroebene, Umsetzung durch Selbstverwaltung	44,4	11,1
Gesundheitspolitik, ohne interessensgeleitete Selbstverwaltungskörperschaften und Verbände	17,4	20,3
Politische Makroebene, beraten durch Verbände und Selbstverwaltungskörperschaften	41,5	12,3
Demokratisch legitimiert auf politischer Ebene, wissenschaftlich evaluiert auf der Ebene von Verbänden und der Selbstverwaltung	55,7	15,7
Transparente nachvollziehbare Rationierungsentscheidungen nur unter Einbezug der Bevölkerung möglich	19,7	23,9
Sowohl auf der politischen Makroebene (volkswirtschaftliche Situation), als auch auf der Meso- und Mikroebene (Wahlleistungen/Eigenverantwortung)	49,3	11,6
Politische Ebene unter Beteiligung der Öffentlichkeit, der Gesundheitsberufe, der Kostenträger und der Leistungserbringer	43,5	30,4

Mittelwerte für positive (U+) bzw. negative (U-) Umsetzbarkeit bei Zustimmung; gesamt und nach institutioneller Gruppe differenziert; MW (U+) ≥ 50 , MW (U-) ≥ 50 , Delphi I

Erarbeitung von Kriterien für Rationierungsentscheidungen

	Alle	Wiss.	Kasse	Polit.	HPro	Verb.	ÖGD
Transparente, öffentliche Diskussion	3,6	3,6	3,6	3,3	3,9	3,4	3,5
Von ethischen Grundprinzipien geleitet	3,6	3,7	3,7	3,1	3,6	4,0	3,5
Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität	3,4	3,3	3,6	3,2	3,5	3,6	3,3
Anerkennung der Rationalisierungsrealität durch Politik	3,5	3,6	3,7	2,9	3,8	3,5	2,9
Individuell und situationsabhängig	1,9	1,9	1,9	2,1	2,0	1,4	2,5
Jeder muss für sich selbst	1,9	1,8	1,6	2,3	2,9	1,8	2,1

1 = lehne ab; 4 = stimme zu

	alle	Wissen.	KK	Politik	Health Prof.	ÖGD	Verbände
Rationierung durch/nach...							
... Kapazitätsbegrenzung	2,45	2,47	2,71	2,00	2,55	2,50	2,30
... Erfolgskriterien der Behandlung	1,68	1,68	2,00	1,40	1,55	1,80	1,70
... Wartezeiten	3,00	2,95	3,33	2,80	3,36	2,90	2,60
... finanzielle Budgetierung	2,67	2,74	2,33	2,67	2,36	3,20	2,50
... gesellschaftliche/ethische Normen	1,80	1,94	1,71	2,00	1,60	1,56	1,90
... Streichung von Leistungen aus dem GKV-Katalog bei fehlendem Wirksamkeitsnachweis	1,41	1,47	1,57	1,40	1,36	1,40	1,20
... Ausschluss bestimmter Patientengruppen (Alter)	3,29	3,21	3,33	3,00	3,64	3,30	3,10
Durchschnittliche Bewertung	2,33	2,35	2,43	2,18	2,35	2,38	2,19

Tab. 2: Kriterien einer Rationierung; Mittelwerte gesamt und diff. nach institutioneller Gruppe;

MW < 1,5 MW > 3

	alle	Wissen.	KK	Politik	Health Prof.	Verbände	ÖGD.
Schnittstellenmanagement ambulant/stationär	1,59	1,55	1,78	1,60	1,64	1,50	1,56
integrierte Versorgungsmodelle	1,81	1,55	2,00	1,80	1,79	2,17	1,78
Vermeidung nicht-notwendiger Diagnostik/Therapie	1,62	1,55	1,78	1,60	1,71	1,55	1,67
Verringerung Anreizstrukturen zur Leistungsausweitung	1,92	1,86	1,67	2,00	2,14	1,73	2,11
Wirksamkeitsnachweis Diagnostik/Therapie	2,03	1,91	2,11	2,00	2,29	1,91	1,89
Aufbrechen der Sektorentrennung	1,90	1,86	2,22	1,40	1,77	2,17	1,89
Kosten-Nutzen-Eval. neuer Verfahren	2,12	2,05	2,44	2,20	2,21	2,09	2,00
Kooperation Leistungsanbieter /Kostenträger	2,33	2,38	2,56	2,20	2,29	2,55	2,11
Vermeidung Überdiagnostik/-therapie	1,79	1,55	2,11	2,20	1,64	1,82	2,11
Regulierung des Angebots	2,40	2,25	2,00	2,60	2,57	2,42	2,67
Patientensteuerung Case-/ Disease-Management	2,28	2,14	2,11	2,20	2,50	2,18	2,44
Arzneimittelpositivliste	2,32	2,36	2,00	2,60	2,07	3,00	1,78
qualitätsgesicherte, transparente Leitlinien	2,03	2,05	2,22	1,80	2,07	2,09	1,78
Informations-/ Telekommunikationstechniken	2,56	2,77	3,11	2,00	2,64	2,36	2,22
Reduktion Verwaltung /Bürokratie	2,72	2,59	3,44	2,80	2,64	2,75	2,44
Großgeräteplanung	2,29	2,04	2,33	2,33	2,67	2,18	2,18
Flacheres Management	2,52	2,50	2,75	2,60	2,47	2,45	2,55
Ergebnisorientierte Vergütung	2,36	2,43	2,00	2,20	2,27	2,64	2,55
Intensivierung des Wettbewerbs	2,40	2,78	2,13	1,83	2,13	2,36	2,73
Reduktion der Arztdichte	2,22	2,30	2,00	2,33	2,13	2,08	2,55
Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung	2,29	2,09	2,44	1,83	2,60	2,55	2,18

Tab. 3: Rationalisierungspotentiale; Mittelwerte gesamt und differenziert nach institutionellen Gruppen,

MW > 3; MW < 2; 1 = sehr großes Potential bis 4 = sehr geringes Potential
 Univ.-Prof. Dr. Bettina Guntert ExpertInnengespräch Donau-Universität Krems

Umsetzung von Rationalisierungspotentialen

	Gesamt		Politik	
	U+	U-	U+	U-
Aufklärung der Bevölkerung	43,9	43,8	0,0	100,0
Schaffung von Praxisnetzen	57,7	15,5	50,0	50,0
Einführung von Gatekeeper-Modellen	33,3	33,3	50,0	0,0
Klare gesundheitspolitische Vorgaben	32,9	49,2	60,0	40,0
Aufbrechen der Fronten zwischen den Akteuren	2,8	85,9	25,0	75,0
Sektorübergreifende Komplexhonorare	19,7	47,9	0,0	100,0
Breite Diskussion in der Bevölkerung	26,8	62,4	0,0	100,0
Sektorübergreifende Netzstrukturen	33,8	54,9	50,0	50,0
Ökonomische Bewusstseinsbildung durch internationale Vergl.	26,7	21,1	20,0	60,0
Wettbewerbliche Strukturen	50,7	12,7	50,0	50,0
Anreizstrukturen für Qualität durch ergebnisorientierte Vergütung	28,2	45,1	0,0	100,0
Kostentransparenz für Patienten	55,4	16,6	25,0	25,0
Kostentransparenz für ÄrztInnen	75,7	12,9	50,0	25,0
Klare Analyse auf Basis entwickelter Gesundheitsberichte	56,3	23,9	50,0	50,0
Entwicklung expliziter gesundheitspolitischer Ziele	45,3	45,2	40,0	60,0

Mittelwerte für positive (U+) bzw. negative (U-) Umsetzbarkeit; gesamt und nach institutioneller Gruppe differenziert; MW (U+) >50, MW (U-) >50, Delphi-II

	alle	Wissen.	KK	Politik	Health Prof.	ÖGD	Verbände
Ausschluss unwirtschaftl. u. nicht zweckmäßiger Leistungen	1,42	1,29	1,11	1,60	1,79	1,22	1,45
Prävention und Ges.förderung	1,88	1,90	2,00	1,60	2,14	1,44	1,73
Evaluation von Krankheiten mit hoher Inzidenz und Prävalenz	1,97	1,79	2,22	1,75	2,14	2,11	1,73
Stärkung der Eigenverantwortung	2,10	2,29	2,22	1,80	1,79	2,11	1,92
Stärkere Berücksichtigung d. Morbiditäts- und Altersentwicklung	2,26	2,43	2,89	2,20	1,79	2,22	2,00
Ausgleich von Fehl-, Über-, Unterversorgung	1,93	1,71	1,67	1,60	2,57	2,11	1,64
Integration der gesundheitlichen Sektoren (Amb./stat.)	1,72	1,57	1,78	1,20	1,71	2,22	1,73
Förderung der strukturellen und qualitativen Krebsversorgung	2,56	2,43	2,78	2,20	2,79	2,78	2,36
Überprüfung der Reproduktionsmedizin	2,96	3,05	3,22	2,60	2,86	3,00	2,55
Ausbau der Versorgungsstrukturen für geistig u. körperlich Behinderte	2,68	2,50	3,33	2,00	2,71	2,67	2,73
Förderung des Rehabereiches	2,51	2,19	2,89	1,75	2,71	2,44	2,91
Stärkung der Forschung im Bereich der nicht-beherrschbaren Infektionskrankheiten	2,66	2,75	3,00	2,80	2,86	2,11	2,50
Durchschnittliche Bewertung	2,22	2,16	2,43	1,93	2,32	2,12	2,10

Tab. 6: Prioritäre Bereiche u. gesundheitspolitische Ziele; Mittelwerte gesamt u. nach institutionellen Gruppen; MW > 3, MW < 2

	alle	Wissen.	KK	Politik	Health Prof.	ÖGD	Verbände
Orientierung an...							
... gesellschaftlichen Wertvorstellungen und ethischen Normen	1,58	1,25	2,14	1,80	1,64	1,50	1,90
... patientenbezogener Effizienz und Wirksamkeit der gesundheitlichen Leistung	1,22	1,15	1,43	1,20	1,36	1,00	1,30
... methodischer Validität (Evaluation, HTA, EbM, GBE)	1,68	1,65	1,86	1,40	1,91	1,50	1,60
... dem Solidaritätsgedanken innerhalb der Krankenversicherung	2,06	1,80	2,29	1,80	2,36	2,11	2,10
... Akzeptanz und Transparenz für die betroffenen Gruppen	1,88	1,80	2,29	1,80	1,90	1,50	2,20
... Kosten-Nutzen-Relationen und volkswirtschaftlichem Nutzen	1,94	1,90	1,57	1,80	2,27	1,70	2,30
Durchschnittliche Bewertung	1,73	1,59	1,93	1,63	1,91	1,55	1,9

Tab. 8: Kriterien einer Prioritätensetzung; Mittelwerte gesamt und diff. nach institutioneller Gruppe; **MW < 1,5**

Weitere prioritäre Bereiche

	alle	Wiss.	KK	Polit.	HProf	Verb.	ÖGD
Naturheilverfahren	3,0	3,0	3,0	2,6	2,8	3,1	3,2
Akute Notfallversorgung	2,3	2,2	2,5	1,6	2,5	2,5	1,9
Beh. Chronischer Erkrankungen	1,5	1,4	1,6	1,2	1,6	1,7	1,4
Ambulante Pflege	1,7	1,8	2,3	1,7	2,0	2,1	1,9
Screening-Programme	2,3	2,4	1,9	2,5	2,6	2,5	1,8
Sterbebegleitung	2,0	1,9	2,6	1,8	2,1	1,7	2,4
Stat. Langzeitbehandlung Älterer	2,5	2,5	2,8	2,5	2,3	2,7	2,8
Psychiatrische Behandlung	2,2	2,2	2,4	2,0	2,3	2,2	2,5

(Nennungen: Runde 1, Bewertung: Runde 2), 1 = hohe Priorität, 4 = niedrige Priorität

Prioritätensetzung durch...	Aus- schließlich	nicht ausschließlich	nein
... den Gesetzgeber	14	79	2
... Selbstverwaltungskörperschaften	3	74	12
... die Kostenträger	1	55	29
... die Leistungserbringer	0	56	30
... Patientenvertretungen	0	72	18
... politische Gremien	1	81	6
... Einbezug der Bevölkerung	5	65	6

Tab. 5: Gruppen die bei einer Prioritätensetzung beteiligt werden sollen

Reihung von Priorisierungskriterien

	alle	Wis	KK	Polit	HPro	Verb	ÖGD
Transparente Entscheidungsverfahren	1,4	1,4	2,0	1,2	1,3	1,3	1,6
Wirksamkeitsnachweis der med. Leistung	1,5	1,5	1,3	1,6	1,7	1,4	1,2
Orientierung an ethischen Normen	1,7	1,7	2,2	1,6	1,4	1,6	2,0
Effizienz der gesundheitlichen Leistungen	1,6	1,6	1,6	1,4	1,9	1,6	1,9
Orientierung am erzielbaren gesundheitlichen Nutzen	1,9	1,7	1,2	1,8	2,2	2,1	2,2
Evaluation der Leistungen (KNA/HTA usw.)	1,9	1,5	2,0	1,8	2,2	1,8	2,2
Berücksichtigung von Lebensqualität	2,1	1,7	2,4	2,0	2,4	2,1	2,1
Rationale Indikatoren der Versorgungsnotwendigkeit	2,1	2,2	2,0	2,2	2,0	2,3	2,0
Schutz sozial Benachteiligter	2,0	1,8	2,8	1,8	2,0	2,0	2,1
Bedarfsorientierung statt Bedürfnisorientierung	1,8	1,9	1,8	1,7	1,9	1,5	1,9
Kosten-Nutzen-Relation (sozio-ökonomische Eval.)	2,0	1,9	1,9	1,6	2,3	2,3	2,1
Akzeptanz in der Bevölkerung	2,3	2,2	2,4	2,2	2,3	2,4	2,6
Berücksichtigung regionaler Gesundheitsberichterstat	2,7	2,7	3,1	2,4	2,8	2,7	1,9
Gliederung in Prioritätsstufen	2,7	2,5	3,3	2,5	2,7	2,5	3,2
Orientierung an Prävalenzen	2,4	2,4	2,7	2,2	2,4	2,4	2,3
Volkswirtschaftlicher Nutzen	2,8	2,6	2,7	2,2	3,1	3,1	2,7
1 = hohe Zustimmung, 4 = hohe Ablehnung							

Ansatzpunkte der Wirtschaftswissenschaften



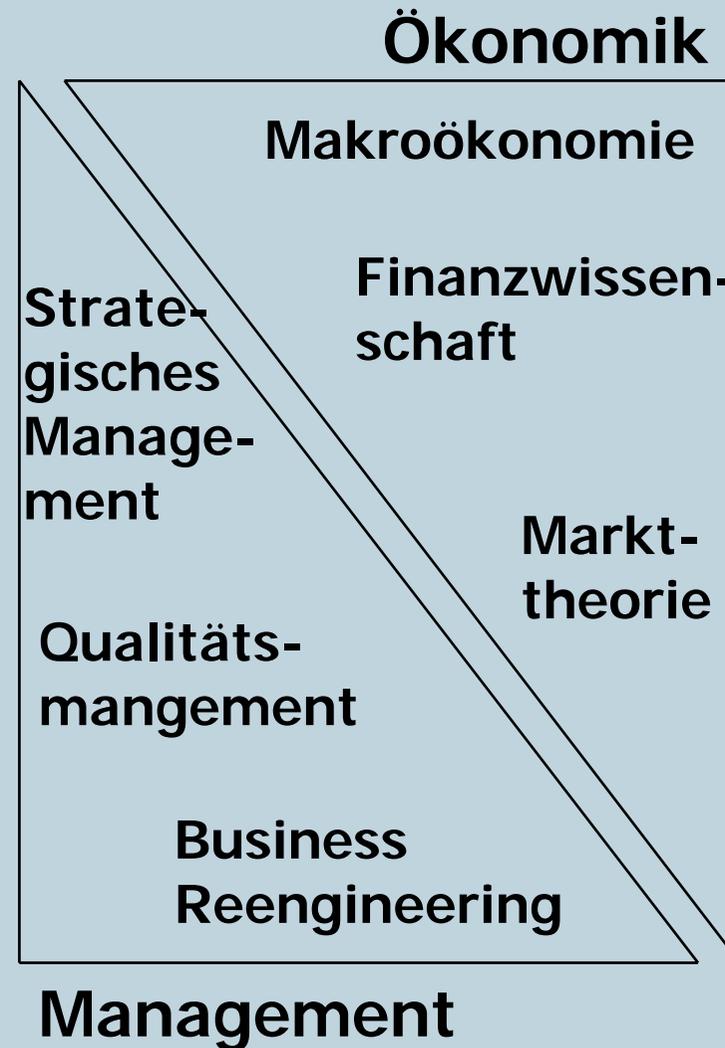
Gesellschaft
(Makroebene)



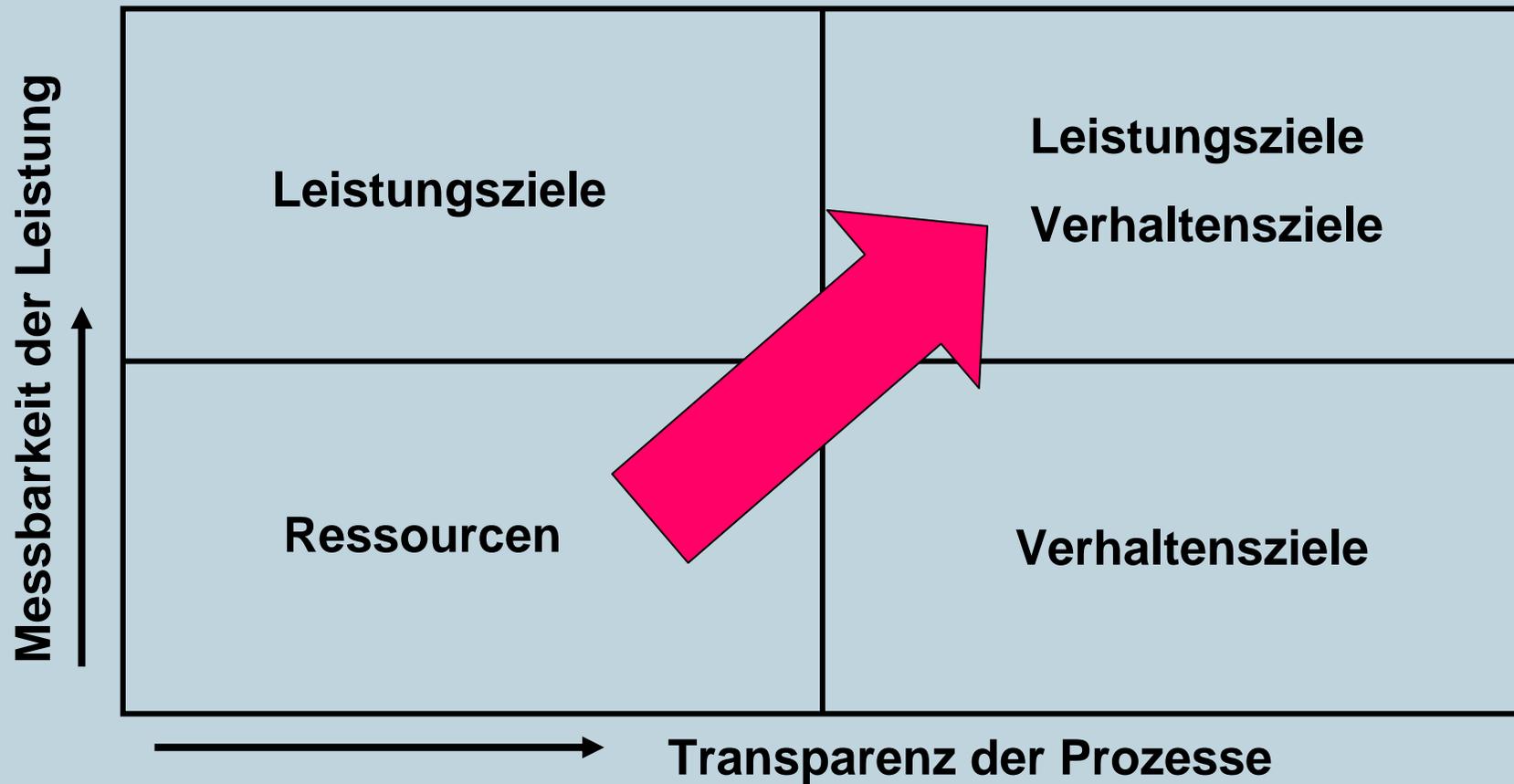
Organisationen
(Mesoebene)



**Konkrete
Leistungserbringung**
(Mikroebene)



Steuerungsmöglichkeiten (nach Ouchi)



Suche nach Steuerungsmöglichkeiten

- 1. Phase: verstärkte staatliche Steuerung/
Selbstverwaltung
z.B. gedeckelte Budgets, Tarifverhandlungen
- 2. Phase: New Public Management
Anwendung marktwirtschaftlicher
Mechanismen im staatlichen System
- 3. Phase: Privatisierung/PPP
Implementierung von Markt und
Management

➤ **Förderung ökonomischer Rationalität**

Die zehn Elemente des New Public Management I

1. Starke Kunden- und Bürgerorientierung
2. Engagierte, starke Führung mit konsequenter Leistungsorientierung
3. Lenkung über Effizienz und Effektivität statt Steuerung über Inputs
4. Systematische Verbindung von Führung und Controlling nach Wirksamkeitskriterien
5. Integrierte Verbindung von strategischen und operativen Planungs- und Ausführungsprozessen
6. Trennung von Leistungsersteller (provider) und Leistungskäufer (funder), mit Leistungsaufträgen und Globalbudgets als Verbindungselemente

Die zehn Elemente des New Public Management II

7. Disaggregation von Einheiten, dadurch dezentralisierte Holdingstrukturen
8. Verstärkung des Wettbewerbs durch die Schaffung von internen und externen Märkten, contracting out, Korporatisierungen und Privatisierungen
9. Value of Money Auditing nebst traditioneller Ordnungsmäßigkeitsprüfung
10. Schaffung materieller und nicht-materieller Anreize zu effizienten und effektivem Verhalten

Trends im Gesundheitswesen I:

Deloitte Business Consulting GmbH, Hamburg 2003

- Demographie: neue Zielgruppen
- Gesundheitspolitik: mehr Markt und Wettbewerb (Krankenversicherung), Wirtschaftsfaktor Gesundheit
- Globalisierung und Wachstum (Leistungskonsum im Ausland)
- Neue Leistungsangebote (auch für Gesunde, z.B. Health Monitoring)
- Vernetzungen (über Sektoren, große Verbände)
- Informationstechnologien (eKG, Telemedizin)
- Kompetenzzentren (überregional, Qualität)
- Personal (Weiterbildung, neue Berufsfelder)
- Organisation/Management (Controlling, TQM, Logistik)

Trends im Gesundheitswesen II:

HealthCast 2020, PriceWaterhouseCoopers 2005

- Gesundheitsausgaben steigen stärker als bisher.
- Hohe Akzeptanz haben Systeme mit einer Kostenverteilung zwischen Privat und Staat.
- Nachhaltigkeit bei Qualität, Kosten und öffentlichem Vertrauen sind gefordert.
- Vorsorge- und Disease-Management-Programme bringen bessere Versorgung und reduzieren Kosten.
- Entwicklung der Individualversorgung und der Patientenrechte erfordern ergebnisbasierte Vergütung und Selbstbeteiligung.
- Informationstechnologie ermöglicht Integration

Trends im Gesundheitswesen III:

Road to Reform, McKinsey&Company 2004

- Gate Keeper für Patienten
- Qualitätsmanagement
- Medikamenten-Management
- Produktivitätssteigerung im stationären Bereich
- Wettbewerb zwischen Krankenversicherer und Leistungsanbieter
- Mehr Wahlmöglichkeiten für Patienten
- Leistungseinschränkung bei der Krankenversicherung und mehr Selbstverantwortung

Trends im Gesundheitswesen IV:

HealthCast 2020, PriceWaterhouseCoopers 2005

Bausteine für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem:

- Integrative Basis
- Digitale Infrastruktur
- Anreizorientiertes Management
- Qualität und Sicherheit
- Strategische Ressourcenallokation
- Innovationsorientierung und Fortschritt
- Flexibilität und Anpassungsfähigkeit

Trends im Gesundheitswesen V: Zentrum BATS

Ziel: Nachhaltiges Gesundheitswesen (2003)

- Finanzierbarkeit, ethische Normen, Individualität und Gesellschaft, qualitative Entwicklung
- Zukunftsorientierte Planung
- Förderung der Eigenkompetenz (Compliance, Empowerment)
- Direkte und indirekte Prävention
- Integration der Ressourcen aller Akteure
- Transparenz
- Informations- und Kommunikationstechnologien