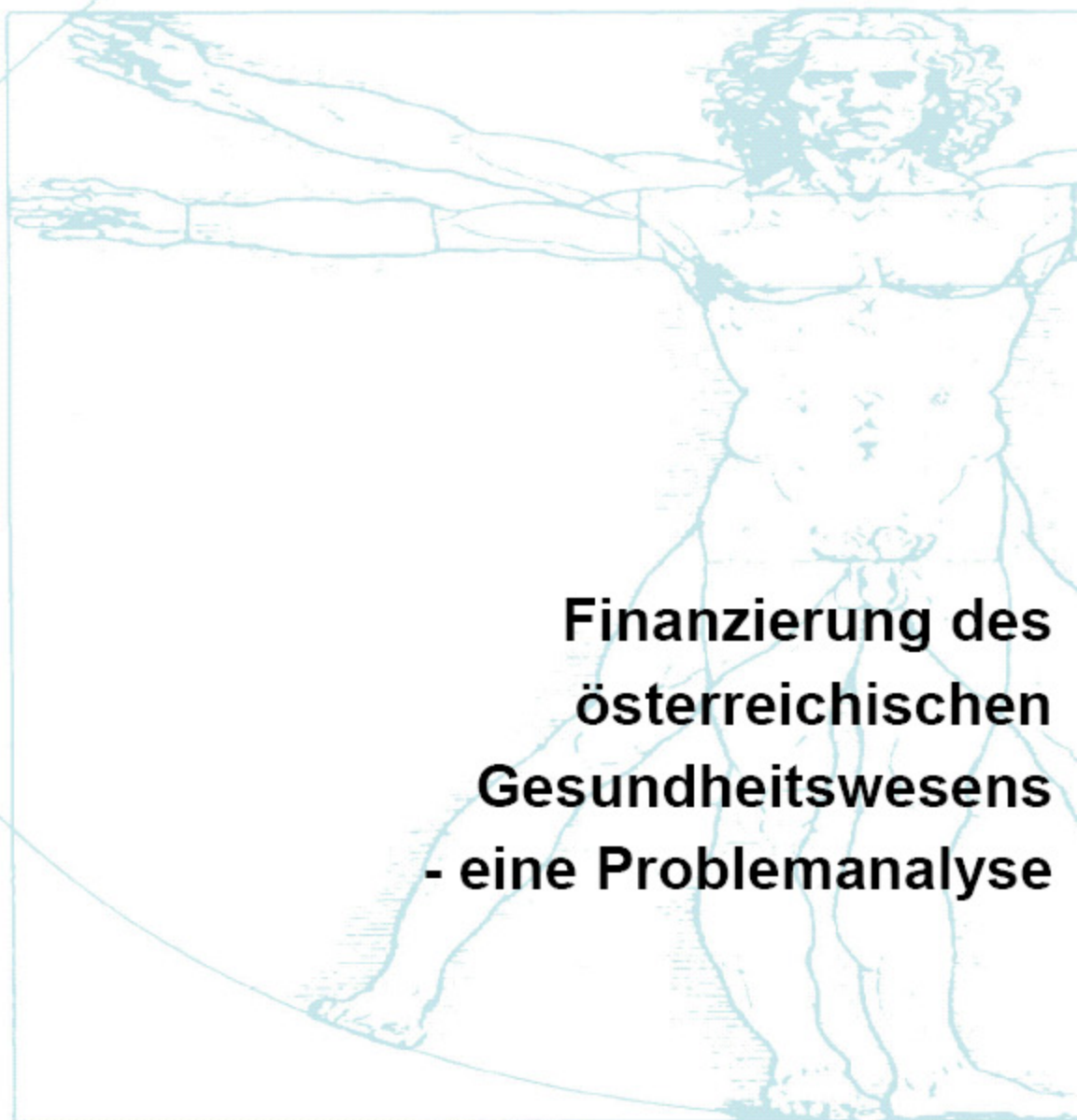


# Dokumente<sup>9</sup>

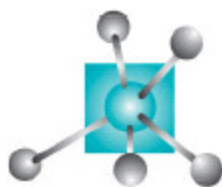
Gesundheitswissenschaften

Herausgegeben von  
Univ.- Prof. Dr.  
Josef Weidenholzer,  
Institut für Gesellschafts-  
und Sozialpolitik,  
Johannes Kepler  
Universität Linz in  
Zusammenarbeit mit  
der Oberösterreichischen  
Gebietskrankenkasse.



## Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens - eine Problemanalyse

Mag. Harald Schmadlbauer



Linz, 2006

# Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – eine Problemanalyse

(Mag. Harald Schmadlbauer, Leiter der Öffentlichkeitsarbeit in der OÖGKK)

## I. Wie wird das österreichische Gesundheitswesen finanziert?

Gesundheitssysteme sind gewachsene Strukturen. Das und die schwierige Abgrenzung von Gesundheitsleistungen zu verwandten Leistungen wie etwa der Pflege und anderen sozialen Dienstleistungen machen Systemvergleiche schwierig. Eine zentrale Frage in diesem Zusammenhang ist natürlich die Finanzierung der unterschiedlichen Systeme hinsichtlich ihres Finanzbedarfs und ihrer Mittelherkunft sowie die Effizienz und Effektivität des Mitteleinsatzes im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Die Organisation für Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) veröffentlicht regelmäßig Berichte und Statistiken, die trotz dieser Schwierigkeiten versuchen, Vergleichbarkeit herzustellen. Auch die Weltgesundheitsorganisation bringt regelmäßig Berichte zum Vergleich der Gesundheitssysteme heraus. Der im Jahr 2000 herausgebrachte World Health Report<sup>1</sup> der WHO stand im Zeichen eines Benchmarkings von 191 Gesundheitssystemen weltweit.

### ***1.1. Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich***

Internationale Vergleiche stellen als Maßstab für den Mittelverbrauch eines Gesundheitswesens häufig auf den Prozentanteil der Gesundheitsausgaben am Brutto-Inlandsprodukt (BIP) ab. Österreich wird in diesen Vergleichen traditionell mit vergleichsweise niedrigen Quoten des Gesundheitswesens am BIP ausgewiesen.

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Österreich</b>	<b>7,1</b>	<b>8,2</b>	<b>8,3</b>	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	<b>7,8</b>	<b>7,7</b>	<b>7,6</b>
Belgien	7,4	8,7	8,9	8,5	8,5	8,7	8,7	n.v.
Dänemark	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,6
Deutschland	8,5	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,7
Finnland	7,8	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7
Frankreich	8,6	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,5
Griechenland	7,4	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,4	9,4
Irland	6,1	6,8	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,5
Italien	8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,2	8,4
Luxemburg	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6,1	5,6	n.v.
Niederlande	8	8,4	8,3	8,2	8,6	8,7	8,6	8,9
Portugal	6,2	8,3	8,5	8,6	8,6	8,7	9	9,2
Schweden	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,7
Spanien	6,7	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Ver. Königreich	6	7	7	6,8	6,9	7,2	7,3	7,6
Schweiz	8,5	10	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7	10,9
USA	11,9	13,3	13,2	13	13	13	13,1	13,9
Bulgarien	25,2	4,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	4,5	5,9	6,1	6	5,9	6,5	5,9	5,5
Lettland	2,5	4,2	4,5	4,5	4,1	5,2	4,8	4,8
Litauen	3,3	5,2	5,4	6	6,3	6,1	6	5,7
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,3	8,8	8,9
Polen	5,3	6	6,4	6,1	6,4	6,2	n.v.	n.v.
Rumänien	2,8	3,2	3,4	3,1	4,1	4,5	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	5,9	5,8	5,8	5,7	5,7
Slowenien	5,6	7,8	7,8	7,7	7,8	7,7	8	8,2
Tschechien	5	7,3	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,3
Türkei	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	7,1	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,7	6,8
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

Quelle: Health System Watch 1/2004, Tabelle A3, S. 15, herausgegeben vom Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien

Diese relativ niedrigen Quoten können durchaus kritisch hinterfragt werden, so hat Hofmarcher auf Unschärfen in der Erfassung der Gesundheitsausgaben in Österreich hingewiesen<sup>2</sup>. Nach einer aktuellen Schätzung von IHS Health Econ<sup>3</sup> hat das österreichische Gesundheitswesen im Jahr 2002 nicht 7,7 Prozent des BIP verbraucht, sondern 9,1 Prozent.

Auch wenn das österreichische Gesundheitswesen demnach nicht unbedingt zu den „kostengünstigsten“ Systemen unter den entwickelten Nationen gehört, besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass es bezüglich seiner Leistungsfähigkeit zu den weltweit besten Gesundheitssystemen zählt. Als Maßstäbe für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens bieten sich unter anderen folgende Faktoren an:

- Status und Entwicklung der Lebenserwartung („Life Expectancy“) bzw. in ihrer verfeinerten Form die „disability adjusted life expectancy“ („DALE“), also die „gewonnene Lebenszeit“ ohne schwere Pflegebedürftigkeit oder Behinderung
- ◆ Bestimmte gesundheitspolitische oder epidemiologische Parameter wie Kindersterblichkeit, Auftreten von Infektionskrankheiten, Durchimpfungsraten, usw.
- ◆ Personenorientierung („Responsiveness“), das heißt Respekt für Würde, Vertraulichkeit und Autonomie sowie KlientInnenorientierung durch sofortige Betreuung, Qualität, soziale Unterstützung und freie Wahl des Leistungserbringers
- ◆ Die Fairness der Finanzierung und des Zugangs zu Leistungen
- ◆ Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen und mit dem individuellen Gesundheitszustand, wobei insbesondere die Zufriedenheit der älteren, kranken und sozial schwächeren Bevölkerungsschichten viel über die tatsächliche Qualität eines Gesundheitswesens aussagt

In allen diesen Vergleichsparametern hat das österreichische Gesundheitswesen beeindruckende Werte und Entwicklungen aufzuweisen<sup>4</sup>.

### ***1.2. Verteilung der Finanzierungslast im Gesundheitswesen***

Österreich gehört, was die Finanzierung und die Organisation des Gesundheitssystems betrifft, zur Gruppe der Sozialversicherungsländer (auch „Bismarck-Systeme“ genannt). In diese Gruppe gehören in Europa im Wesentlichen die Staaten Mitteleuropas und seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts auch die Staaten Osteuropas. Im Norden Europas, in Großbritannien und Irland sowie in Südeuropa bestehen primär aus Steuermitteln finanzierte Modelle („Beveridge-Systeme“). Im Hinblick auf die primäre Versorgungsorganisation kann darüber hinaus noch nach primär staatlichen Gesundheitsdiensten (z.B. der National Health Service in Großbritannien) und primär auf freiberufliche VertragsärztInnen gestützte Systeme (wie in Österreich und Deutschland) unterschieden werden.

Sozialversicherungsmodelle mit Vertragsarztssystemen neigen zu etwas höheren Gesundheitsausgaben, weisen aber auch tendenziell bessere Gesundheitsversorgung und PatientInnenzufriedenheit auf<sup>5</sup>. Faktoren dafür dürften vor allem die direkte Verknüpfung der persönlichen Beitragszahlung mit Gesundheitsleistungen, die in diesen Systemen häufig anzutreffende Selbstverwaltung der Versicherungsträger und die den PatientInnen eröffneten Wahlmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme der Leistungen sein.

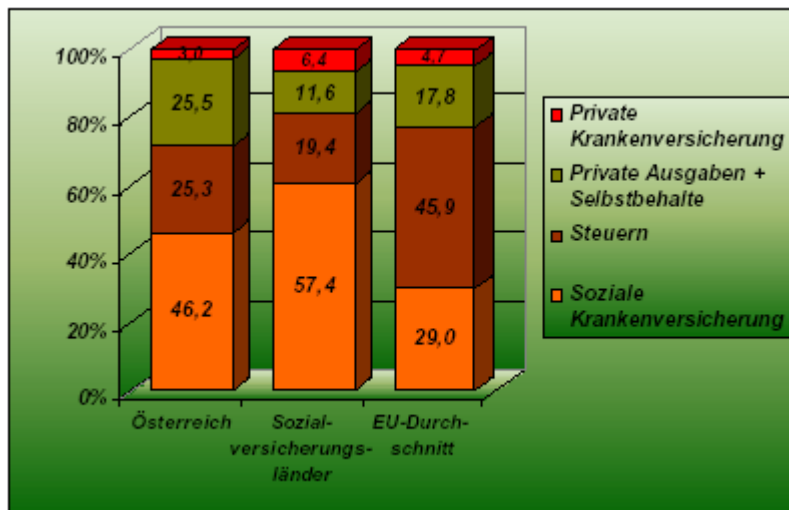
Im Vergleich mit anderen Staaten zeigt sich aber auch sehr deutlich, dass das österreichische Gesundheitswesen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an privaten Ausgaben und Selbstbehalten aufweist.

Tabella 2: Vergleich des Anteils privater Ausgaben sowie der Verteilungsgerechtigkeit finanziellen Belastungen, 1990-2002, sortiert nach der Höhe des Anteils privater Ausgaben

	Anteil privater Ausgaben in % der Gesamt-gesundheitsausgaben		Finanzielle Verteilungsgerechtigkeit (max. 1,00)	% der Haushalte, die über 40% ihres Einkommens für Gesundheitsausgaben aufwenden	% der Haushalte, die über 40% ihres Einkommens für Zuzahlungen ausgeben („out-of-pocket“)
	2002	1990			
Griechenland	47,1	46,3	0,858	3,29	2,17
Schweiz	42,1	47,6	0,875	3,03	0,57
Österreich	30,1	26,5	n.v.	n.v.	n.v.
Portugal	29,5	34,5	0,845	4,01	2,71
Belgien	28,8	n.v.	0,903	0,23	0,09
Spanien	28,6	21,3	0,899	0,89	0,48
Polen	27,6	8,3	n.v.	n.v.	n.v.
Niederlande	26,7	32,9	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	24,4	20,7	n.v.	n.v.	n.v.
Finnland	24,3	19,1	0,901	1,36	0,44
Frankreich	24	23,4	0,889	0,68	0,01
Deutschland	21,5	23,8	0,913	0,54	0,03
Dänemark	16,9	17,3	0,92	0,38	0,07
Großbritannien	16,6	16,4	0,921	0,33	0,04
Norwegen	14,7	17,2	0,888	1,22	0,28
Schweden	14,7	10,1	0,92	0,39	0,18
Slowakei	10,9	n.v.	0,941	0	0
Tschechien	8,6	2,6	0,904	0,01	0

Quelle: Busse, Erfahrungen mit der Reorganisation von Gesundheitssystemen aus der europäischen Perspektive, S. 11f, in: Gesundheitswissenschaften Dokumente, Linz 2005

Abbildung 1: Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Österreich, den Sozialversicherungsländern und in der EU, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben 2000



Quelle: Health System Watch Nr. 1/2003, , S. 3; veröffentlicht in: Soziale Sicherheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Private Zahlungen im Gesundheitswesen treffen immer ausschließlich kranke Menschen. Eine Steuerungswirkung von (noch leistbaren) privaten Selbstbeteiligungen mit dem Ziel der Reduktion „nicht notwendiger“ Leistungen oder der Wahl weniger kostenintensiver Behandlungsformen gilt inzwischen als widerlegt. Wenn finanzielle Anreize für die PatientInnen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steuern sollen, erhält immer das Kriterium der Zahlungsfähigkeit Vorrang vor dem medizinischen Bedarf. Das Resultat ist eine nicht dem Bedarf entsprechende Verteilung der Gesundheitsleistungen, und damit eine Verstärkung der gesundheitlichen Ungleichheit<sup>6</sup>.

Auch wenn in Österreich die Selbstbehalte – wie sie hierzulande typischerweise verstanden werden – auf diejenigen Krankenversicherungssysteme konzentriert sind, die eher wenige sozial schwache Personen versorgen (vor allem Beamte und Selbstständige) und es im Sozialversicherungssystem der unselbstständig Erwerbstätigen nach dem ASVG soziale Ausnahmeregelungen gibt, darf dieser Befund nicht übersehen werden. Private Zuzahlungen gehen weit über die gesetzlich vorgesehenen Selbstbehalte hinaus, sie umfassen vor allem auch das weite Feld der nicht (voll) vom Sachleistungssystem umfassten Leistungen (Zahnersatz, Zahnspangen für Kinder, Brillen und Kontaktlinsen, Hilfsmittel im Reha-Bereich und vieles mehr). Ein Beispiel dafür ist die vom Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreform 2004 diktierte radikale Kürzung des Leistungsumfangs der Krankenkassen für Brillen und Kontaktlinsen, die österreichweit alleine 35 Millionen Euro „einsparen“ sollte – was nichts anderes als die Überführung dieser Kosten in die Haushaltsbudgets der Brillen- und KontaktlinsenträgerInnen bedeutete.

Nicht zu vergessen ist auch der Bereich der sogenannten Alternativmedizin – ganz unabhängig von ihrer Sinnhaftigkeit besteht offenbar ein großes subjektives Bedürfnis nach dieser scheinbar sanften Medizin, das de facto ausschließlich aus privaten Mitteln zu bezahlen ist.

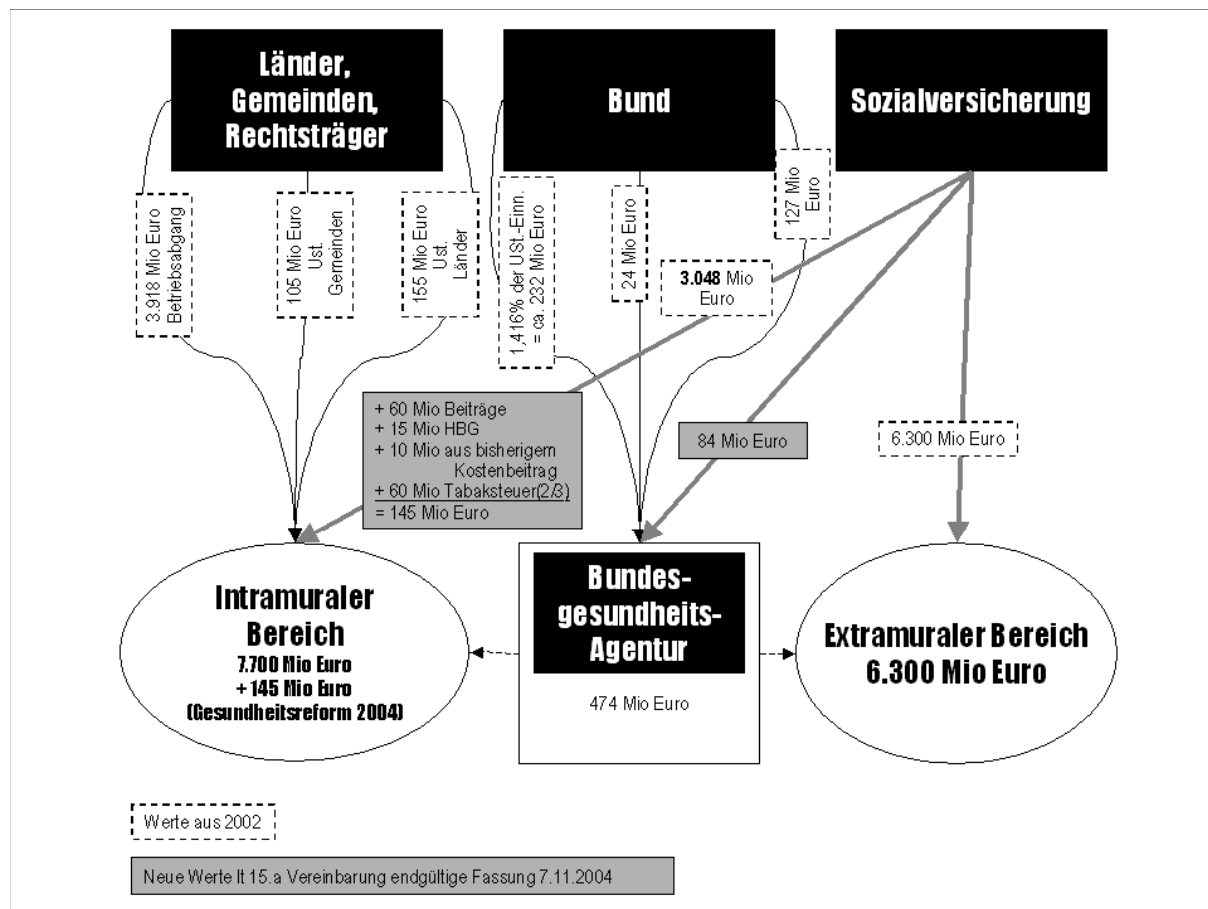
Tatsache ist also, dass das österreichische Gesundheitssystem – quer durch die verschiedenen Versicherungssysteme – einen international betrachtet sehr hohen Anteil an privaten Zahlungslasten aufweist, was das vorherrschende Selbstbild eines umfassenden Solidar-schutzes doch ein wenig erschüttern und weitere Selbstbehalte als Finanzierungsinstrumente ausschließen sollte. Dieser Befund wird in Analysen der Kärntner<sup>7</sup> und der OÖ Gebietskrankenkasse (OÖGKK) eindrucksvoll bestätigt. So hat eine interne Analyse der OÖGKK ergeben, dass zu den in der Erfolgsrechnung ausgewiesenen rund 3,3 Prozent Selbstbehalten an den Gesamteinnahmen der OÖGKK im Jahr 2002 noch rund 165 Millionen Euro bzw. 13 Prozent an nicht erfassten Kostenbelastungen der Versicherten anzusetzen sind.

### ***1.3. Finanzströme im österreichischen Gesundheitswesen***

Wie bereits dargestellt umfasst das österreichische Gesundheitssystem – je nach Berechnung – zwischen 7,6 und 9,1 Prozent des Brutto-Inlandsproduktes, alleine der in der Wirtschaftsklasse „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ erfasste Beschäftigtenstand 2003 betrug 165.547 Personen oder 5,2 Prozent aller Beschäftigten<sup>8</sup>.

Es verwundert also auch nicht, dass dieses äußerst komplexe und stark ausdifferenzierte System eine Vielzahl an beteiligten Strukturen und Finanziers umfasst.

Abbildung 2: Mittelströme im österreichischen Gesundheitswesen



Quelle: Paschinger, Schmadlbauer auf Basis einer Darstellung des BMGF (2004)

Die Hauptlast der Finanzierung im österreichischen Gesundheitssystem trägt die soziale Krankenversicherung aus den Beitragseinnahmen der Versicherten und ihrer DienstgeberInnen, wobei DienstnehmerInnen- und DienstgeberInnenbeiträge weitgehend gleich hoch sind und vom Bruttoentgelt der Dienstnehmer, aber auch der Pensionisten berechnet werden. Bei Pensionisten übernimmt der Pensionsversicherungsträger die Rolle des Dienstgebers, behält also den Dienstnehmeranteil von der Bruttopension ein, und schlägt einen fiktiven Dienstgeberbeitrag („Hebesatz“) hinzu.

Der Steueranteil am österreichischen Gesundheitswesen ist vergleichsweise gering und verteilt sich auf Bund, Länder und Gemeinden, wobei Steuermittel fast ausschließlich in die Finanzierung des intramuralen Bereichs, also in den Spitalssektor, fließen. Die Steuereinnahmen stammen zum Teil aus den Umsatzsteuereinnahmen, ein großer Teil aber aus den allgemeinen Staatseinnahmen. Auch in diesem Bereich ist zu beachten, dass Österreich einen sehr dominanten Anteil seiner Steuereinnahmen als Steuern vom Einkommen und als Steuern von der Lohnsumme bezieht, während die Steuern vom Vermögen vergleichsweise minimal ausfallen<sup>9</sup>.

WISO-Artikel „Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – eine Problemanalyse“

Der extramurale Sektor, also die Versorgung bei niedergelassenen (Fach-) ÄrztInnen, TherapeutInnen und anderen medizinischen Berufsgruppen wird fast ausschließlich aus Sozialversicherungsmitteln finanziert, nur ein sehr kleiner Anteil aus Steuermitteln (vor allem aus der Tabaksteuer).

Im Spitalsbereich steht dem eine Mischfinanzierung gegenüber, wobei auch hier fast die Hälfte der Mittel von der sozialen Krankenversicherung kommen. Im Gegensatz zum extramuralen Bereich haben die Krankenkassen im Spitalsbereich aber – trotz ihrer dominanten Finanzierungsleistung – nach wie vor kaum Mitbestimmungs- und Steuerungsmöglichkeiten.

## II. Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen

Gerade in den letzten Jahren waren die Finanznöte der Krankenkassen immer wieder Gegenstand der medialen und politischen Auseinandersetzung. Die gesamte soziale Krankenversicherung in Österreich verzeichnet seit 1999 Defizite von 150 bis über 250 Millionen Euro (ca. 1,5 bis über 2,5 Prozent der Gesamteinnahmen), wobei die jährlichen Defizite bei einzelnen Trägern prozentuell weit dramatischer ausfallen. Nur mehr wenige Krankenkassen verfügen noch über Eigenkapital. Auch die Länder haben sich inzwischen diesen Klagen angeschlossen und fordern immer vehementer „mehr Geld“ für die Gesundheitsleistungen im von ihnen dominierten Krankenanstalten-Sektor.

Diese Diskussion wird oft mit dem Schlagwort der „Kostenexplosion“ verbunden.

### II.1. Die Einnahmen-/Ausgabenschere der Sozialversicherung

Bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass die Finanzierungsprobleme der sozialen Krankenversicherung und des Gesundheitswesens primär im Bereich der Beitragseinnahmen liegen.

Tabelle 3: BIP, Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherung der Unselbstständigen

	BIP zu lfd. Preisen		Arbeitnehmerentgelt		Beitragseinnahmen KV der Unselbst.		Versicherungsl. KV der Unselbst.		Versicherungsl. KV der Unselbst. USt-korr.	
	In Mio. Euro	Index	In Mio. Euro	Index	In Mio. Euro	Index	In Mio. Euro	Index	In Mio. Euro	Index
1993	160.275	100,00	86.964	100,00	5.991	100,00	6.275	100,00	6.275	100,00
1994	168.943	105,41	90.724	104,32	6.344	105,88	6.676	106,39	6.676	106,39
1995	175.526	109,52	93.939	108,02	6.616	110,42	7.036	112,13	7.036	112,13
1996	181.872	113,47	94.962	109,20	6.829	113,98	7.158	114,07	7.158	114,07
1997	185.141	115,51	96.538	111,01	6.940	115,84	7.446	118,66	7.164	114,75
1998	192.384	120,03	100.069	115,07	7.119	118,82	7.800	124,30	7.483	120,39
1999	200.025	124,80	103.665	119,20	7.247	120,96	8.311	132,45	7.960	128,01
2000	210.392	131,27	107.221	123,29	7.462	124,55	8.599	137,04	8.232	132,29
2001	215.593	134,51	109.325	125,71	7.665	127,93	8.876	141,46	8.457	134,78
2002	221.008	137,89	111.298	127,98	7.771	129,70	9.202	146,65	8.765	139,68
2003	226.142	141,10	113.752	130,80	7.959	132,84	9.427	150,24	8.956	142,72

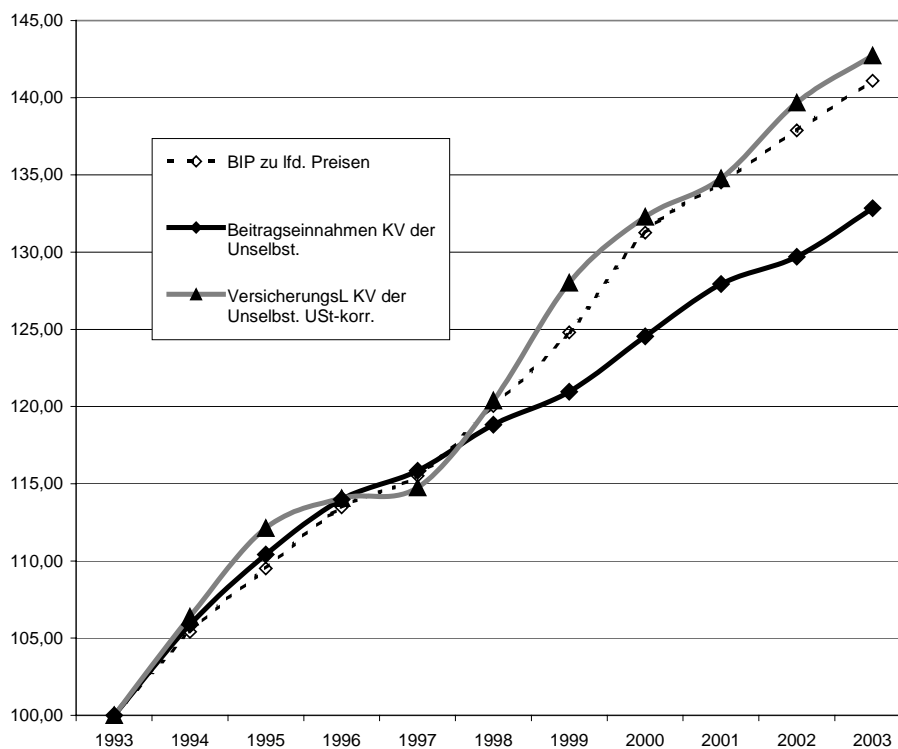
Quellen: Statistisches Jahrbuch 2005, Statistik Österreich, Statistisches Handbuch der Sozialversicherung 2004

Während sich das BIP zu laufenden Preisen in den Jahren 1993 bis 2003 um 41,1 Prozent gesteigert hat, bleiben die ArbeitnehmerInnenentgelte im selben Zeitraum mit einer Steigerung von 30,8 Prozent weit zurück. Bei den Beitragseinnahmen der Krankenversicherung der Unselbstständigen, die gut 80 Prozent der Gesamteinnahmen ausmachen, zeigt sich sehr

deutlich, wie eng die Finanzierung der Krankenkassen an die Entwicklung der Löhne und Gehälter gekoppelt sind. Aufgrund geringfügiger gesetzlicher Änderungen im Bereich der Beiträge konnten die Krankenkassen mit 32,8 Prozent ein leicht höheres Beitragswachstum verzeichnen als die Löhne und Gehälter gestiegen sind.

Die Leistungsausgaben der Krankenversicherung sind mit rund 42 Prozent hingegen nur geringfügig stärker gestiegen als das BIP. Die Leistungsausgaben-Werte aus der Sozialversicherungsstatistik über die Leistungsausgaben sind insbesondere seit 2001 zu bereinigen. Grund dafür ist, dass die Krankenversicherungsträger seit 1997 unecht von der Umsatzsteuer befreit sind. Das bedeutet dass sie auf Medizinprodukte wie beispielsweise Medikamente Umsatzsteuer zahlen müssen, diese aber nach einem Pauschalschlüssel zurückerhalten. Seit 2000 deckt diese Rückerstattung aber die Steuerbelastung nicht mehr ab, die Restbelastung wurde in der folgenden Grafik als systemfremder Faktor bereinigt.

Darstellung 3: BIP, Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherung der Unselbstständigen



Quellen: Statistisches Jahrbuch 2005, Statistik Österreich, Statistisches Handbuch der Sozialversicherung 2004

Die grafische Darstellung zeigt das Kernproblem in der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung sehr deutlich: es ist die Schere zwischen den Gesundheitsausgaben, die sich leicht stärker entwickeln als das BIP und den Beitragseinnahmen, die – wie die Löhne und Gehälter – weit hinter der Dynamik des BIP zurückbleiben.

## ***II.2. Herausforderungen an die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems***

Eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen lässt sich also weder aus der vorangegangenen Darstellung noch aus den Prognosen der Gesundheitsökonomien für die prozentuellen Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP ablesen. Wohl aber wird auch für die kommenden Jahre und Jahrzehnte mit einem um ein bis zwei Prozent höheren Wachstum der Gesundheitsausgaben gegenüber dem BIP gerechnet<sup>10</sup>. Das bedeutet, dass der Anteil der Gesundheitskosten am BIP ansteigen wird, aber auch dass der Gesundheitsmarkt einen dynamischen Faktor in unserer Volkswirtschaft darstellen wird. Bedrohlich an diesem Szenario ist vor allem die Tendenz zur Deckelung der öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen, was einen unmittelbaren Finanzierungsdruck auf die privaten Haushalte auslöst und die Verteilungsgerechtigkeit weiter untergräbt.

### *II.2.1. Demografie und neue medizinische Leistungen*

Die Alterung unserer Gesellschaft wird mit Sicherheit für einen höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen sorgen. Dieser Effekt dürfte aber auch deutlich überschätzt werden<sup>11</sup>. Der Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Bedarf an medizinischer Betreuung ist hinlänglich bekannt – Schätzungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger gehen für die Gruppe der über 80-jährigen von 6 mal so hohen Durchschnitts-Gesundheitskosten je Kopf aus als bei 20 – 29-jährigen.

Allerdings wächst mit der zunehmenden Lebenserwartung nicht nur die Gruppe der älteren Personen in einer Gesellschaft, sondern steigt gleichzeitig auch die Zeit, die einem Menschen ohne (mehrere) schwere Krankheiten und Leiden zur Verfügung stehen. Anders ausgedrückt ist es vor allem die letzte Lebensphase vor dem Tod, die im Gesundheitswesen zu hohen Kosten führt. Dieser Effekt ist aber weitgehend unabhängig davon, in welchem Alter diese letzte Lebensphase eintritt.

Unterschätzt wird hingegen regelmäßig die ausgabentreibende Wirkung des medizinischen Fortschritts, der nach Schätzungen die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen selbst bei konstantem Bruttosozialprodukt und konstanter Lebenserwartung um ein Prozent pro Jahr steigen lässt<sup>12</sup>.

### *II.2.2. Aushöhlung der Finanzierungsbasis der Sozialversicherung*

Der Rückfall der Beitragsentwicklung gegenüber dem Wirtschaftswachstum hat mehrere eng zusammenhängende Ursachen, die nicht allein auf Österreich beschränkt sind:

- ◆ Die sinkende Quote von Löhnen und Gehältern am Brutto-Inlandsprodukt; da die Beitragseinnahmen der Sozialversicherung weitgehend linear an die Lohn- und Gehaltssumme gekoppelt sind, schlägt sich dieser Effekt deutlich auf die Einnahmen der Sozialversicherung durch.
- ◆ Das starke Zunehmen von atypischen und prekären Arbeitsverhältnissen<sup>13</sup>; da die solidarische Pflichtversicherung in Österreich eng an das typische Beschäftigungsverhältnis geknüpft ist, machen auch Teilzeitarbeit, freie Dienstverträge, neue Selbstständigkeit und andere abweichende Formen unserem Beitragssystem zu schaffen.
- ◆ Schwarzarbeit und Beitragshinterziehung

Alle diese Phänomene wirken auch auf die überwiegend lohnsummenbasierten Steuermittel, die in die Finanzierung des Gesundheitssystems fließen.

### *II.2.3. Direkte Eingriffe des Gesetzgebers*

Seit Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts werden der sozialen Krankenversicherung sukzessive Mittel entzogen. Sowohl die Oberösterreichische und die Wiener Gebietskrankenkasse als auch der Hauptverband haben bereits mehrfach auf diese Tatsache hingewiesen. Alleine im Jahr 2003 hat die OÖGKK nach einer laufend geführten Finanzstatistik eine Belastung von 46,6 Millionen Euro oder rund drei Prozent ihres Gesamtbudgets zu tragen gehabt – in diesem Betrag sind bereits alle Mehreinnahmen und Entlastungen seit 1999 mit berücksichtigt. Der Hauptverband<sup>14</sup> geht von einem Belastungssaldo von 301,4 Millionen Euro für die Jahre 2001 bis 2003 aus. Auch der Rechnungshof weist in seinem Bericht „Finanzielle Auswirkungen der zur Budgetkonsolidierung getroffenen gesetzlichen Maßnahmen im Bereich der Sozialversicherung“ aus 2003 nach, dass der Bund die Krankenkassen erheblich finanziell belastet hat, um selbst Budgeteinsparungen zu erzielen.

### *II.2.4. Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen*

Steuerung setzt jedenfalls voraus, dass Ziele vorhanden sind und die Beteiligten sich über diese Ziele auch im Wesentlichen einig sind. Schon auf dieser noch sehr abstrakten Ebene taucht das erste wichtige Defizit auf. Während sich im Bereich der Krankenversicherung Instrumente wie die Orientierung an gesundheitspolitischen Zielen, Kostencontrolling und die Balanced Scorecard immer deutlicher durchsetzen, fehlen im Bereich der Länder für den Spitalsbereiche diese Instrumente und Orientierungen noch fast vollständig<sup>15</sup>. Da die Länder zwar den Spitalssektor mehr oder weniger alleine steuern, ein Großteil der Mittel aber von den Krankenversicherungsträgern stammt, wird im Sinne einer einheitlichen Steuerung nach gesundheitspolitischen Zielen immer wieder gefordert, vor allem die Krankenkassen mit ihrer nachweislichen Steuerungskompetenz stärker in die Spitalssteuerung einzubeziehen<sup>16</sup>. In

wie weit die Gesundheitsreform 2004 mit der neuen Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsplattformen hier Fortschritte bringen wird, bleibt noch abzuwarten.

Neben diesem grundsätzlichen Problem wird dem österreichischen Gesundheitswesen attestiert, dass Mehrfachuntersuchungen, das Hin- und Herschieben von Leistungen zwischen Spitälern und extramuralem Bereich sowie andere Schnittstellen im Gesundheitswesen zentrale Probleme wären. Seriös quantifiziert werden diese Probleme aber nicht.

Für den extramuralen Bereich gilt, dass die VertragsärztInnen eine Schlüsselrolle spielen. Sie entscheiden in aller Regel darüber, welche Leistungen für die PatientInnen erbracht werden, über den Medikamenteneinsatz (vgl. die Generika-Debatte), ob und zu welchem Facharzt, Labor oder Spital überwiesen wird. Wesentlich ist, ÄrztInnen in diesem Dreieck zwar Entscheidungsmacht besitzen, in der Regel aber keine finanzielle Verantwortung für ihre Entscheidungen zu tragen haben. Verhaltensanreize für ein gesundheitspolitisch effektives und im positiven Sinn sparsames Verhalten können von der Krankenversicherung nicht vorgeschrieben werden, sondern müssen in Verhandlungsform in die Gesamtverträge zwischen Ärztekammer und Krankenversicherung eingebracht werden. Gesundheitsökonomische Grundlagenarbeit, Controllingssysteme, moderne Datawarehouse-Technologie und Kommunikation spielen hier entscheidende Rollen.

### III. Mögliche Lösungsansätze

#### ***III.1. Beseitigung der Belastungen der sozialen Krankenversicherung***

Die einfachste und kurzfristig wirkungsvollste Maßnahme wäre, die gesetzlichen Mittelverschiebungen rückgängig zu machen, mit denen der Gesetzgeber die Finanzbasis der Krankenversicherung nachhaltig untergraben hat. Während die Politik lauthals die Erhöhungen der Tabaksteuer, kleine Beitragserhöhungen und die Streichung von Leistungen in der Krankenversicherung mit der „Sanierung der Krankenkassen“ begründet hat, fand eine massive Mittelabfuhr an Krankenversicherungsgeld im Hintergrund statt. So wurden die Beiträge für Arbeitslose und Notstandshilfebezieher, die das AMS an die Krankenkassen abführt, massiv reduziert. Von den versprochenen 300 Millionen Euro Gesamteinnahmen aus der Gesundheitsreform 2004 wurde den Krankenkassen die Hälfte zugesagt. In der Realität fließt der Großteil des Geldes – so weit die angesetzten Beträge überhaupt korrekt sind – an die Länder für die Spitalsfinanzierung. Den Krankenkassen selbst bleiben gerade 100 Millionen Euro, und auch hier sind Beträge enthalten, die schon aus anderen Titeln versprochen waren.

### **III.2. Eine aktive Beschäftigungs- und Lohnpolitik**

Langfristig sichert nichts das Gesundheitssystem so nachhaltig, wie eine gute Beitragsentwicklung, die wiederum an den Löhnen und Gehältern der Arbeitnehmer hängt. Zentrale Hebel sind in diesem Zusammenhang Vollbeschäftigung, eine der Produktivitätssteigerung angemessene Lohn- und Gehaltsentwicklung und die volle Integration der atypischen Beschäftigungsverhältnisse in das System der sozialen Sicherheit.

### **III.3. Bildungs- und Sozialpolitik**

Armut, Ausgrenzung, Belastungen am Arbeitsplatz und ein schlechtes Bildungsniveau wirken äußerst stark auf den Gesundheitszustand. Eine wirkungsorientierte Gesundheitspolitik muss diesen Tatsachen Rechnung tragen. Hier hat die Prävention ihren Platz, was eine radikale Trendumkehr gegenüber dem bisherigen Präventionsverständnis erfordert.

### **III.4. Neue Finanzierungsgrundlagen für die Krankenversicherung**

Um das Faktum der sinkenden Lohn- und Gehaltsquote zu kompensieren erscheint vor allem die Umbasierung des Dienstgeberbeitrages auf eine Wertschöpfungsabgabe als sinnvolle Maßnahme<sup>17</sup>. Dies könnte ein Beitrag dazu sein, die Einnahmen für das Gesundheitswesen langfristig enger an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung zu koppeln als bisher. Auch die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung ist aus sozial- und verteilungspolitischer Sicht durchaus zu hinterfragen, bewirkt sie doch zusammen mit dem nicht-progressiven Beitragssatz, dass höhere Einkommen nur unterproportional in das Gesundheitswesen einzahlen. Auch eine Diskussion über den Beitrags-Satz darf nicht ausgeschlossen sein, vergleichsweise minimale Anhebungen führen hier zu erheblichen Einnahmensteigerungen für die Krankenversicherung. Darüber hinaus ist die Einbeziehung aller Berufsgruppen in das Solidarsystem zu fordern. Das bezieht sich auf die teuren und vergleichsweise ineffizienten Systeme der Krankenfürsorgen, aber auch auf die Krankenversicherung der Bauern, die immer noch in erheblichem Umfang aus den Solidarbeiträgen und Steuermitteln der ArbeitnehmerInnen finanziert wird.

### **III.5. Verbesserung der Steuerung und Orientierung an gesundheitspolitischen Zielen**

Mögliche Ziele für eine aktive Steuerung des Gesundheitswesens sind<sup>18</sup>

- ◆ Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus für die gesamte Bevölkerung. Dieses Ziel klingt ausgesprochen banal, allerdings nur so lange, als man sich nicht die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion oder die Realität in der Budgetpolitik für Gesundheitsleistungen vor Augen führt.

- ◆ Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien, wobei auch Kundenorientierung und Respekt für die Würde und Autonomie der PatientInnen eine zentrale Rolle spielen
- ◆ Gestaltung und Funktion des Gesundheitswesens entsprechend den gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung,
- ◆ Sicherstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Im Gesundheitssystem ist es möglich, die Qualität zu verbessern und gleichzeitig die Kosten in den Griff zu bekommen. Der scheinbare Widerspruch löst sich bei näherer Betrachtung auf. Unwirksame oder gar überflüssige Behandlung oder auch die Wahl einer teureren aber nicht wirksameren Behandlungsmethode führt zu enormen Kosten im Gesundheitswesen ohne den geringsten Nutzen für die PatientInnen. Im Gegenteil: medizinische Überversorgung erhöht die Risiken für PatientInnen, am eindrucksvollsten wird das bei nicht notwendigen Operationen sichtbar. Immer neue Medizinprodukte – vor allem Medikamente – drängen auf den Markt. Inzwischen wird in der Pharmabranche deutlich mehr Geld für Marketing und Vertrieb ausgegeben als für Forschung, das Thema der Schein-Innovationen gewinnt an Bedeutung. Dabei handelt es sich um Medizin-Produkte, die zwar als Neuheiten angepriesen werden, gegenüber existierenden Behandlungsmöglichkeiten aber keinen entscheidenden Mehrnutzen bieten.

Die Verfolgung der Strategie der Qualitäts- und Kostenoptimierung erscheint dann am besten gewährleistet, wenn Finanzierungsverantwortung und politisch-demokratische Verantwortung gegenüber den Patienten zusammenfallen. Beides ist bei den Trägern der sozialen Krankenversicherung im Rahmen ihrer Selbstverwaltung gegeben. Neben der entsprechenden Entscheidungsverantwortung müsste den Krankenversicherungsträgern aber auch die erforderliche Autonomie gewährt werden.

Allgemein anerkannte Tatsache ist jedenfalls, dass im Gesundheitswesen noch einiges an Einsparungspotenzial zu heben wäre, ohne dass die Gesundheitsversorgung auch nur im Geringsten beeinträchtigt wäre. In komplexen ExpertInnensystemen wie dem Gesundheitswesen bedarf es dazu aber intelligenter, auf Kooperation aufgebauter Steuerungsmodelle<sup>19</sup> anstelle zentralistischer Planungssysteme, wie sie in der Bundesgesundheitsagentur angelegt sind.

---

<sup>1</sup> World Health Report 2000 – „Health systems: improving performance“, abrufbar unter [www.who.org](http://www.who.org)

<sup>2</sup> Hofmarcher, Röhrling (2003), Health System Watch Nr. 1/2003, S. 3; veröffentlicht in: Soziale Sicherheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

<sup>3</sup> Hofmarcher, Riedel, Röhrling (2004) Health System Watch 1/2004, S. 7; veröffentlicht in: Soziale Sicherheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

<sup>4</sup> Vergleiche zum Beispiel:

Hofmarcher, Riedel, Röhrling (2004), Health System Watch IV/2004, S. 2 ff; veröffentlicht in: Soziale Sicherheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Busse, Erfahrungen mit der Reorganisation von Gesundheitssystemen aus der europäischen Perspektive, S. 7 f, in: Gesundheitswissenschaften Dokumente, Linz 2005

WHO, World Health Report 2000 – Statistical Annex, Annex Table 9 – 10, S. 196 ff

<sup>5</sup> Hofmarcher, Riedel, Röhrling (2004), Health System Watch IV/2004, S. 2 ff; veröffentlicht in: Soziale Sicherheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

<sup>6</sup> Kaiser (2003), Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung, S. 20 in: Working Papers on Economic Governance, Hamburg, abrufbar unter [www.hwp-hamburg.de/fach/fg\\_vwl/DozentInnen/heise/Materials/heise-downlds.htm](http://www.hwp-hamburg.de/fach/fg_vwl/DozentInnen/heise/Materials/heise-downlds.htm)

<sup>7</sup> Wurzer et. al. (2004), Selbstbehalte. Eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe, Klagenfurt

<sup>8</sup> Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistisches Handbuch 2004, Tab. 1.07

<sup>9</sup> Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2005, Tab. 47.05

<sup>10</sup> Hofmarcher, Riedel, Röhrling (2004) Health System Watch 1/2004, S. 11; veröffentlicht in: Soziale Sicherheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Mit ähnlichen Prognosen: Sheehan (2002), Health Cost, Innovation and Ageing, Victoria/Australia, S. 4; abrufbar unter [www.cfses.com](http://www.cfses.com)

<sup>11</sup> Scheil-Adlung, Demographische Alterung und Gesundheitssysteme: einige Anmerkungen, in: Soziale Sicherheit 9/2002, Wien, S. 367

<sup>12</sup> Breyer, Ulrich (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse; in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220, S. 1 ff

<sup>13</sup> Talos (1999), Atypische Beschäftigung, Wien, S. 7

<sup>14</sup> „Die Presse“, 9.12.2004, Wien

<sup>15</sup> vgl. beispielsweise den Bericht des OÖ Landesrechnungshofes vom 28.1.2005 „Gesundheitsversorgung in OÖ“, abrufbar unter [www.lrh-ooe.at](http://www.lrh-ooe.at) > Initiativprüfungen

---

<sup>16</sup> vgl. beispielsweise den Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes für das Verwaltungsjahr 2001, S. 29, abrufbar unter [www.rechnungshof.gv.at](http://www.rechnungshof.gv.at)

<sup>17</sup> Schmadlbauer (2005), Wertschöpfungsabgabe: Sinnvolle Ergänzung oder Alternative zur Finanzierung der Sozialversicherung? Erschienen in: Gesundheitswissenschaften – Dokumente, abrufbar unter [www.oegkk.at](http://www.oegkk.at) > Service > Wissenschaft

<sup>18</sup> Busse (2004), Erfahrungen mit der Reorganisation von Gesundheitssystemen aus der europäischen Perspektive, S. 2 f, in: Gesundheitswissenschaften Dokumente, abrufbar unter [www.oegkk.at](http://www.oegkk.at) > Service > Wissenschaft

<sup>19</sup> Arbeitsgemeinschaft der Krankenversicherungsträger (ARGE KV), Konzept Gesundheits-Partnerschaft; Konzept und wissenschaftliche Beiträge zum Thema abrufbar unter [www.oegkk.at](http://www.oegkk.at) > Aktuell > Gesundheits-Partnerschaft