



# Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft

Das österreichische Gesundheitswesen

Eine ökonomische Analyse aus  
interessenpolitischer Sicht

89

Agnes Streissler

Materialien zu Wirtschaft  
und Gesellschaft Nr. 89

Herausgegeben von der Abteilung Wirtschaftswissenschaft und Statistik  
der Kammer für Arbeiter und Angestellte  
für Wien

**Das österreichische Gesundheitswesen**  
**Eine ökonomische Analyse aus**  
**interessenpolitischer Sicht**  
(2., völlig überarbeitete Auflage)

Agnes Streissler

August 2004

---

Die in den Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der AK wieder.

<b>1</b>	<b>Warum beschäftigt sich die Ökonomie mit Gesundheit?</b>	<b>3</b>
1.1	Ziele der Gesundheitspolitik	3
1.2	Markt vrs Staat in der Theorie (Marktversagen)	3
1.2.1	Monopolisierungstendenzen	4
1.2.2	Gruppen mit hohem Risiko	4
1.2.3	Voneinander abhängige Risiken	5
1.2.4	Nachteilige Auslese	5
1.2.5	Moralische Versuchung	5
1.2.6	Informationsmängel der PatientInnen	6
1.3	Markt vrs Staat in der Praxis	6
1.4	Versicherungspflicht vrs Pflichtversicherung	7
1.5	Wie wichtig ist Gerechtigkeit im Gesundheitswesen?	9
1.5.1	Haben wir bereits die Zweiklassenmedizin?	10
1.5.2	Gesundheit und Armut	12
<b>2</b>	<b>Gesundheitsausgaben in Österreich</b>	<b>14</b>
2.1	Welches Niveau stimmt?	14
2.2	Die Zahlen für 1999 bis 2001	16
2.3	Internationaler Vergleich	17
2.4	Preis oder Menge?	19
2.5	Kostendeterminanten	20
2.5.1	Wachsender Lebensstandard	21
2.5.2	Veränderte Familienstrukturen	21
2.5.3	Steigende Lebenserwartung	22
2.5.4	Sisyphus-Syndrom	22
2.5.5	Medizinisch-technischer Fortschritt	23
2.5.6	Rationalitätenfallen	24
2.5.7	Dienstleistungsökonomik	24
2.5.8	Anbieterdominanz	24
2.5.9	Mangel an Prävention	25
2.5.10	Fehler in den Anreiz-Systemen	25
2.6	Intransparenz führt zu Kostenverschleierung und Kostenerhöhung	26
2.6.1	Organisation des Gesundheitswesens	26
2.6.2	Finanzierungsströme	27
<b>3</b>	<b>Leistungsbereiche</b>	<b>29</b>
3.1	Krankenanstalten – Der stationäre Bereich	29
3.1.1	Kennzahlen	29
3.1.2	Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung	32
3.1.3	Vergütung von Krankenhausleistungen – Ökonomische Theorie	33
3.1.4	Einschätzung der LKF in Hinblick auf die ökonomische Theorie – Reformoptionen	35
3.2	Niedergelassener Bereich	38
3.2.1	Kennzahlen	38
	Exkurs Gruppenpraxen	39
3.2.2	Honorierungsformen im niedergelassenen Bereich – Ökonomische Theorie	40
3.2.3	Reformoptionen	42
3.3	Arzneimittel	43
3.3.1	Kennzahlen	43
3.3.2	Arzneimittelpreise in der ökonomischen Theorie	45
3.3.3	Reformoptionen	45
<b>4</b>	<b>Organisationsfragen</b>	<b>47</b>
4.1	Schnittstellenproblematik	47
4.2	Die Stärkung der praktischen ÄrztInnen	49
4.3	Gesundheitsagenturen oder Stärkung der Sozialversicherung?	50
4.4	Gesteuerte Versorgung (managed care)	52
<b>5</b>	<b>Finanzierungsseite</b>	<b>53</b>
5.1	Beitragserhöhungen	54
5.2	Umbasierungen der Beitragsgrundlagen	55
5.3	Maßnahmen an den Beitragsunter- und -obergrenzen	55

5.4	Gesundheitssteuern.....	56
5.5	Bürgerversicherung oder Pauschale Gesundheitsprämien – Die Diskussion in Deutschland.....	56
5.6	Selbstbehalte.....	58
5.7	Leistungsvereinheitlichung und -kürzung.....	59
<b>6</b>	<b>Fakten und Forderungen aus ArbeitnehmerInnensicht .....</b>	<b>60</b>
6.1	Die wichtigsten Fakten.....	60
6.2	Die 12 wichtigsten Forderungen an die Gesundheitspolitik .....	61

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei

der Deutschen Bibliothek erhältlich.

ISBN 3-7063-0276-4

© Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien

Vor genau fünf Jahren erschien in der Reihe Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft ein Band mit gleichlautendem Titel (Ivansits; Streissler 1999). Vorliegender Band soll nun eine vollkommene Neuüberarbeitung der damaligen Arbeit darstellen. Gleich bleiben eigentlich nur die ökonomischen Grundlagen – die Gründe für Marktversagen in der Gesundheitspolitik, die verschiedenen theoretischen Honorierungsformen etc. An theoretischer wie auch praktischer Diskussion kommt ein Abschnitt zu „Gesundheit zwischen *efficiency* und *equity*“ hinzu, der sich mit der sehr aktuellen Diskussion über Verteilungsfragen im Gesundheitswesen beschäftigt. Auch der neue Abschnitt über Selbstbehalte als Finanzierungsinstrument ist im Rahmen dieser Debatte zu sehen.

Die Statistiken und ihre Analyse wurden soweit wie möglich aktualisiert. Es werden dabei einerseits die Diskussionen über die Definition von Gesundheitsausgaben wiedergegeben ebenso wie aktuelle Diskussionen in den spezifischen Bereichen (Krankenanstalten, niedergelassener Bereich, Arzneimittel und die Finanzierungsseite) berücksichtigt.

Wenngleich das Papier in weiten Teilen analytischer Natur ist und die ökonomischen Zusammenhänge darstellt, so hat es doch auch interessenspolitischen Charakter. Daher werden in den einzelnen Kapiteln auch jeweils Forderungen entwickelt, die sich aus Sicht von ArbeitnehmerInneninteressenvertretungen ergeben. Diese sind als abschließendes Kapitel noch einmal zusammengefasst.

Die Gliederung des Papiers ist wie folgt:

Zunächst wird der Frage nachgegangen, wieso sich die Ökonomie überhaupt mit dem Gesundheitswesen beschäftigt. Handelt es sich hierbei nicht um ein rein sozialpolitisches Thema, so dass es fast unmoralisch erscheinen mag, Gesundheit und Geld miteinander zu verbinden? Was sind die Zielsetzungen von Gesundheitspolitik? Der Gesundheitsbereich ist ein ökonomisches Bilderbuchbeispiel für Marktversagen – dies soll kurz angerissen werden.

In einem zweiten Teil geht es um die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich. Es werden deutliche Steigerungen festgestellt. Hier ist es wichtig, der Frage nachzugehen, wodurch diese Kostensteigerungen verursacht wurden. Platz wird dabei auch der Frage eingeräumt, wie das österreichische Gesundheitswesen auf Leistungs- und Finanzierungsseite organisiert ist.

In einem dritten Teil werden die Leistungsbereiche des österreichischen Gesundheitswesens, die Spitäler, der niedergelassene Bereich und der Pharmabereich näher beleuchtet und versucht, hier Reformoptionen anzureißen. Darauf folgt im vierten Teil eine Analyse der Organisationsprobleme und möglicher Lösungsansätze.

Nicht behandelt werden in dieser Arbeit Reformansätze zur Steigerung der Effektivität des Gesundheitswesens (Verbesserung von *public health*). Dieses Thema, das in vielen OECD-Ländern großen Raum einnimmt, scheint für Österreich zumindest im internationalen Vergleich nicht so wichtig zu sein: Österreich liegt bei den Kindersterblichkeitsraten und bei der Lebenserwartung unter den Besten, bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen erreicht Österreich den Spitzenplatz (Docteur, Oxley 2003, Tabellen 6 bis 8). Mitbedacht muss natürlich andererseits werden, dass Maßnahmen, die den Zugang zum Gesundheitswesen einschränken bzw seine Qualität vermindern, selbstverständlich auch zu Einbußen bei der Effektivität führen können.

## **1 Warum beschäftigt sich die Ökonomie mit Gesundheit?**

### **1.1 Ziele der Gesundheitspolitik**

In einem sozialstaatlichen System wie dem österreichischen ist es oberstes Ziel staatlicher Gesundheitspolitik, einen freien Zugang zu Gesundheitsgütern und Dienstleistungen im Krankheitsfall zu gewähren. Dabei handelt es sich um solche Gesundheitsgüter, die zur Erbringung medizinischer Diagnostik und Therapie „erforderlich“ sind. Unnötige Leistungen sollen ebenso vermieden werden wie Leistungsdefizite.

In einer Zeit, in der die Sozialpolitik immer weniger als Segen für die Gesellschaft begriffen wird, sondern als Hauptverursacher wirtschaftlicher Probleme, ist es in einer politisch kompetitiven Welt unabdingbar, die Legitimität von staatlichen Eingriffen im wirtschaftswissenschaftlichen, aber auch im politisch-ideologischen Diskurs immer wieder aufs neue zu bestätigen.

Im Zentrum der Gesundheitspolitik steht also der erwerbseinkommens- und versorgungsklassenunabhängige Zugang zu allen notwendigen Gesundheitsgütern und -dienstleistungen. Niemand soll von der medizinischen Behandlung ausgeschlossen werden, weil er/sie sich die medizinische Versorgung oder die Versicherungsprämie nicht leisten kann oder weil ihm/ihr seine Versicherung die volle Risikodeckung verweigert.

### **1.2 Markt vrs Staat in der Theorie (Marktversagen)**

Charakteristisch für den „Gesundheitsmarkt“ ist die Präsenz von Unsicherheit und von asymmetrischer Information - ob jemand krank oder gesund ist, vor allem welche Behandlung geeignet ist, das weiß der Arzt besser als der Patient. Der Patient kennt weder die künftigen Kosten der Erkrankung, oft auch nicht sein künftiges Einkommen, noch besteht die Möglichkeit, sich Informationen über die kostengünstigste Behandlungsvariante zu beschaffen. Der Patient ist medizinischer Laie und kaum in der Lage, das Behandlungsgeschehen wirksam zu kontrollieren. Schließlich ist es zu jedem Zeitpunkt weitgehend ungewiß, welche Gesundheitskosten dem einzelnen in der Zukunft erwachsen werden – welche Krankheiten wird man bekommen, welche Kosten zieht dies nach sich und andere Unwägbarkeiten.

Im Prinzip ließe sich die Unsicherheit auf ein erträgliches Maß reduzieren, wenn sich die Menschen marktkonform bei privaten Versicherungen versichern ließen.

Die Ökonomie konnte hier, ausgehend von den wegweisenden Arbeiten Arrows (1963), nachweisen, dass unter bestimmten Konstellationen Personen diese Versicherung eben gerade nicht abschließen (können). Die wichtigsten Verhinderungsgründe sind dabei (siehe auch McGuire *et al.* 1989):

- ◆ Monopolisierungstendenzen
- ◆ Gruppen mit hohem Risiko
- ◆ Voneinander abhängige Risiken
- ◆ nachteilige Auslese (adverse Selektion)
- ◆ moralische Versuchung (*moral hazard*)
- ◆ Informationsmängel der PatientInnen

### **1.2.1 Monopolisierungstendenzen**

Nicht nur für den Gesundheitsversicherungsmarkt sondern auch für andere Versicherungen gilt, dass die Tendenz zu Monopolstellungen einzelner Versicherungsunternehmen relativ groß ist. Versicherungen haben meist mit steigenden Skalenerträgen zu tun: Die Betriebskosten werden um so geringer, je größer der Betrieb ist. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass es sehr teuer ist Versicherungsanträge und Schadensmeldungen zu behandeln und überprüfen. Um hier eine effiziente Organisation aufzubauen, bedarf es hoher Fixkosten. Andererseits hängt es natürlich damit zusammen, dass je größer der Pool der Versicherten ist, um so breiter ist die Risikostreuung. Eine breite Risikostreuung sollte aber die Prämien verbilligen. Wenn das Unternehmen hingegen als Monopolist auftritt, kann es höhere Prämien als die versicherungsmathematisch korrekten verlangen. Auch dies kann unter Marktversagen eingereiht werden, da es zumindest gewisser staatlicher Regulierungen bedarf, will man für marktgerechte Prämien sorgen.

### **1.2.2 Gruppen mit hohem Risiko**

Privatwirtschaftliche Versicherungen werden nur für Risiken abgeschlossen, die mit einer Wahrscheinlichkeit kleiner eins eintreten. Im Gesundheitswesen gibt es aber Gruppen, deren Risiko, Gesundheitsversorgung zu benötigen, an Sicherheit grenzt. Das betrifft vor allem Personen mit Erbkrankheiten oder mit chronischen Krankheiten aber auch die älteren Bevölkerungsgruppen. Auf dem freien Markt würden diese Gruppen keine Versicherungsverträge angeboten bekommen. Dieses Problem ist im Grunde mehr ein sozialpolitisches als ein ökonomisches (siehe auch Rosner 2002). Zum ökonomischen Problem (und damit zu echtem Marktversagen) wird es nur dann, wenn diese Nicht-Versicherten Personen im Endeffekt aufgrund von zu später, mangelhafter bzw nicht-erfolgender Behandlung höhere Kosten für die Volkswirtschaft erzeugen als wenn sie von vornherein versichert gewesen wären. Diese Überlegung hat durchaus etwas für sich (und wird beispielsweise häufig im Zusammenhang mit dem US-amerikanischen System, in dem 16% der Bevölkerung nicht versichert sind) genannt – vorrangig erscheint dennoch in der Frage der gesellschaftspolitische Konsens in Österreich, dass HochrisikopatientInnen nicht aus dem Versichertenkreis auszuschließen sind (siehe hierzu auch Abschnitt 1.5).



### **1.2.3 Voneinander abhängige Risiken**

Eine weitere Voraussetzung für das Zustandekommen privatwirtschaftlicher Versicherungsverträge ist die Unabhängigkeit von Risiken. Da Versicherungen über einen Risikoausgleich agieren (die einen zahlen Beiträge, während die anderen einen Schaden ersetzt bekommen), dürfen nicht zu viele Schadensfälle gleichzeitig eintreten. Im Falle ansteckender Krankheiten oder Seuchen erhöht der Krankheitsfall des einen aber das Risiko des anderen, ebenfalls krank zu werden. Die Risiken der Versicherten sind also nicht voneinander unabhängig, was eine private Versicherung erschwert.

### **1.2.4 Nachteilige Auslese**

Nachteilige Auslese (adverse Selektion) ist eines der klassischen Informationsprobleme im Gesundheitswesen: Die Versicherten haben genauere Informationen über ihren Gesundheitszustand und über ihr Risiko zu erkranken als die Versicherung. Normalerweise kann der Versicherer die Versicherten in unterschiedliche Risikogruppen einteilen – höhere Risiken haben höhere Prämien zu zahlen. Da er aber im Gesundheitswesen die Risikogruppe abgesehen von offensichtlichen Kriterien wie Alter oder Geschlecht nur schwer feststellen kann (*hidden information*), muss er weitgehend gleiche Prämien von den Versicherten verlangen. Das bedeutet aber, dass tendenziell Versicherte mit geringem Risiko zu hohe Prämien zahlen müssen und Versicherte mit hohem Risiko versicherungsmathematisch zu niedrige Prämien zahlen müssen. In weiterer Folge wird dies dazu führen, dass bei freier Wahl die Niedrigrisiken aus dem Versicherungsmarkt hinausoptieren werden. Der Versicherer kann daher annehmen, dass nur solche Personen bei ihm versichert werden wollen, die wissen, dass sie ein hohes Risiko haben zu erkranken. Damit fällt aber der privatwirtschaftliche Anreiz weg, diese Personen zu versichern.

### **1.2.5 Moralische Versuchung**

Unter moralischer Versuchung (*moral hazard*) versteht man das Phänomen, dass das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses das Verhalten des Versicherten ändert. Dies ändert aber auch seine Risikowahrscheinlichkeiten. Wichtig dafür ist, dass der Versicherer die Handlungen des Versicherten nicht überprüfen kann (*hidden action*). Der Versicherte kann durch Krankheitsvorbeugung und Lebensgewohnheiten die Wahrscheinlichkeit zu erkranken wesentlich beeinflussen. Dies ist ein Problem, das in vielen Versicherungen auftritt. Speziell für das Gesundheitswesen ist, dass bei voller Kostentragung durch die Versicherung auch im Schadensfall der Versicherte dazu tendiert zu teure Behandlungen zu konsumieren. Dies liegt daran, dass der Schaden bei Vertragsabschluss ja kaum in Geld auszudrücken ist (es werden die Kosten einer „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung der Krankheit“ versichert). Hier kann es zu

Koalitionen von PatientInnen und ÄrztInnen gegen die Versicherung kommen, die zu Marktversagen führen müssen.

### **1.2.6 Informationsmängel der PatientInnen**

Die Neoklassik geht in ihren Gleichgewichtsmodellen von vollkommen informierten KonsumentInnen aus. Diese Annahme ist in der Realität fast immer in Zweifel zu ziehen, in besonderem Maß gilt dies aber für das Gesundheitswesen.

Die Unsicherheiten sind dabei zweifacher Natur. Die eine ist die auch bereits von Schönback (1980, 12ff) dargestellte Problematik, dass zukünftige Ereignisse außerhalb des Wissenshorizontes der Individuen liegen. Für den Gesundheitsbereich bedeutet dies, dass Menschen nicht wissen können, welche Krankheiten auf sie zukommen. Sie haben daher häufig eine Mindereinschätzung des „Zukunftsgutes“ Gesundheit. Hinzu kommen wie bei allen Sozialversicherungen, die das ganze Leben betreffen, sich ändernde Präferenzen über die Zeit (siehe auch Rosner 2002, 47) – dem Gut Gesundheit misst man mit zwanzig Jahren eine andere Bedeutung zu als mit vierzig Jahren. Dadurch entstehen Inkonsistenzen, die abermals zu Suboptimalitäten am freien Markt führen würden.

Die zweite Unsicherheit bezieht sich auf die Anbieterdominanz der ÄrztInnen: Der Arzt kann am besten den Gesundheitszustand des Patienten einschätzen und weiß am besten Bescheid über die notwendigen Behandlungen. Gleichzeitig hat er aber ein Interesse, sein Einkommen durch viele und teure Leistungen zu maximieren. Es kann nicht angenommen werden, dass dieses Dilemma immer zugunsten der PatientInnen gelöst wird (dies ist ja auch das Argument für die „Chefarztpflicht“ – bestimmte teure Behandlungen müssen vom unmittelbaren Vertrauensarzt der Sozialversicherung genehmigt werden, da nur hier Kostenverantwortung und Leistungserbringung in einer Hand sind).

### **1.3 Markt vrs Staat in der Praxis**

Wenngleich die Theorie also zeigt, dass es eine Anzahl von Gründen gibt, warum im Gesundheitswesen nicht die allgemeinen marktwirtschaftlichen Gesetze gelten (können), wird dennoch immer öfter mehr marktwirtschaftliches Denken auch im Gesundheitsbereich gefordert. Dies hat teilweise gute Gründe – höhere Kostentransparenz oder Qualitätswettbewerb können über den Markt leichter erzielt werden. Teilweise geht es in der Diskussion auch um die Einführung verhaltenssteuernder Elemente, um etwa *moral hazard* zu vermindern: Selbstbehalte und Reprivatisierungen werden hier genannt. Sie sollen idealerweise zu erhöhten Einnahmen des Gesundheitsbereichs führen.

Es dürfte allerdings nicht nur interessenpolitische Sicht sein, sondern einem allgemeinen soziokulturellen Konsens entsprechen, wird gefordert, dass derartige Instrumente nicht den Zugang zur Medizin behindern dürfen (siehe Abschnitt 5.6).

Mehr Markt macht im Gesundheitswesen also nur dann Sinn, wenn damit Kosten gedämpft werden, ohne das Schutzniveau zu beeinträchtigen. Die beschriebenen Phänomene des „Marktversagens“ bzw der „Marktanomalien“ können nur punktuell aufgelöst werden. Staatliche Regulierungen sind notwendig, wo sich kein Markt bilden kann oder nur Märkte, die dem am Gemeinwohl orientierten Gesundheitswesen entgegenstehen. Wo könnte daher die heutige Situation des österreichischen Gesundheitswesens durch „deregulierende“ Maßnahmen verbessert werden und wo bedarf es weiterhin regulierender Instrumente? Auf diese Fragen wird in den folgenden Abschnitten, insbesondere im Kapitel über Organisationsfragen, immer wieder einzugehen sein.

#### **1.4 Versicherungspflicht vrs Pflichtversicherung**

Es wurde gezeigt, dass unregulierte, privatwirtschaftliche Versicherungen im Gesundheitsbereich suboptimal sind. Die US-amerikanischen Erfahrungen zeigen, dass ohne Versicherungsobligatorium erhebliche soziale Probleme in der Gesundheitsversorgung entstehen können. Fraglich bleibt aber, wie dieses Obligatorium ausgestaltet werden soll.

Was sagt zunächst die neoklassische Lehre dazu?

Aufgrund von Trittbrettfahrerverhalten und der notwendigen Umverteilung zugunsten gesundheitlich Benachteiligter wird eine gesetzliche Versicherungspflicht eingefordert. Ein voller Versicherungsschutz wird dabei allerdings abgelehnt. Einerseits nähmen die Verwaltungskosten mit zunehmendem Umfang der Versicherungsleistung zu, andererseits fehlte jeder Anreiz zur Krankheitsvorbeugung und schließlich wäre es effizient, die zwar nicht hohe, aber doch merkliche Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wirken zu lassen (dies heißt nichts anderes, als dass Selbstbehalte ein gewisses Kostenbewusstsein erzeugen, so dass nicht automatisch immer die teuerste Versorgung in Anspruch genommen wird).

Die optimale Höhe der Selbstbeteiligung wäre von Person zu Person unterschiedlich und ergäbe sich aus einem unterschiedlichen Krankheitsrisiko und den individuellen Präferenzen. Der Gesetzgeber sollte somit einen Mindestumfang festlegen; für jede/n sind darauf aufbauende Zusatzverträge möglich.

Wollte man die soziale Krankenversicherung nach diesen Kriterien ausgestalten, wäre es gleichgültig, ob es sich dabei um ein System der Versicherungspflicht (analog der Kfz-Haftpflicht und aufbauenden Kaskoverträgen) oder um ein System der Pflichtversicherung handelte.

Wieso gibt es dann in Österreich nach wie vor starke Tendenzen das System der Pflichtversicherung beizubehalten? Liegt es nur daran, dass die Macht der

Sozialversicherungen nicht geschwächt werden soll oder dass es sich um systemerhaltende Traditionalisten handelt?

Mitnichten, es sprechen ganz klare ökonomische und soziale Argumente für diese Beibehaltung (Für eine umfassende Darstellung der Argumente siehe die Sonderausgabe der *Sozialen Sicherheit* 1997 zum Thema „Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht“).

Im Grunde geht es darum, dass nur die Pflichtversicherung garantiert, dass es zu keiner Risikoauslese bei den Versicherten kommt. In den Systemen mit Versicherungspflicht wird versucht, Wettbewerbselemente einzubringen. Da aber die große Mehrheit der Leistungen gesetzlich festgelegt wird, kann der Wettbewerb nur über die Auswahl der Versicherten geführt werden. Hier hilft auch kein Kontrahierungszwang. Die deutschen Erfahrungen zeigen, dass junge, gesunde und gut verdienende Angestellte besonders umworben werden, während PensionistInnen oder Sozialhilfeempfängern „geraten“ wird, die Versicherung zu wechseln.

Die Methoden Hoch-Risiko-PatientInnen abzuschrecken, sind dabei vielfältig (Beispiele werden sowohl von Docteur und Oxley (2003, 39) als auch von Rosner (2002, 104) genannt): Zusatzversicherungen werden sehr teuer oder gar nicht angeboten, die Qualität der Dienstleistung differiert nach Risikogruppe (Briefe werden verschieden rasch beantwortet, Versicherungsleistungen verzögern sich, Beratungen sind unterschiedlich gut, ...), Werbung richtet sich ganz spezifisch an Niedrig-Risiko-Gruppen, etc.

Diese Segmentierung des Versichertenmarktes hat in Deutschland dazu geführt, dass Personen mit höherem gesundheitlichen Risiko deutlich höhere Prämien zahlen müssen als jene mit niedrigem Risiko, da sie eben nur bei bestimmten, teureren Versicherungen „unterkommen“.

Im Rahmen einer Pflichtversicherung hat hingegen jeder Versicherte Anspruch auf „state-of-the-art“-Leistungen, ohne dass wegen eines höheren Risikos höhere Prämien zu entrichten wären.

Es zeigt sich also, dass Systeme mit Versicherungspflicht bzw mit Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenversicherern zu Mehrkosten führen. Das Beispiel Deutschlands zeigt, dass die Verwaltungskosten und die Personalstände sowie das Defizit der Krankenkassen (und somit auch die Beitragssätze) gestiegen sind. Da die Leistungen zu 96 % gesetzlich festgelegt sind, hat sich außer zusätzlichen Lockangeboten das Leistungsangebot aber kaum verändert. Durch diese Lockangebote haben sich die Leistungskosten derart verteuert, dass versucht wurde, über höhere Selbstbehalte Bremsen einzuziehen. Dass eine derartige Praxis nicht dem Nutzen der Versicherten dient, ist klar.

Die beiden teuersten Gesundheitssysteme der Welt haben die USA und die Schweiz, beides Länder mit einem hohen Privatheitsgrad des Gesundheitssystems. Eine ökonometrische Regression zeigt, dass zwischen der Effizienz eines Gesundheitssystems und seinem privatfinanzierten Teil nur ein sehr schwacher Zusammenhang besteht, der noch dazu negativ ist. Der Zusammenhang zwischen Höhe der Gesundheitsausgaben und Privatfinanzierung ist hingegen klar positiv.

Haben die Krankenkassen keinen starken Dachverband wie in der gesetzlichen Sozialversicherung, so drohen sie weiters der Übermacht der Standesvertretungen der Ärzte (und Apotheker) zu unterliegen. Die PatientInnen haben davon nur wenig Vorteile.

Die Gefahren einer Zwei- oder Mehr-Klassenmedizin besteht auch bei anderen Privatisierungsreformvorschlägen: So wird mitunter angeregt, bestimmte Randleistungen aus dem staatlichen System auszugrenzen und als Kassenwahlleistungen in die private Versicherung erbringen zu lassen oder sie den Versicherten nur im Rahmen von Zu- bzw. Abwahlmöglichkeiten zu gewähren.

Diese Vorschläge laufen auf eine Begrenzung der Sozialversicherung durch eine Grundsicherung hinaus. Eine besondere Variante dieser Überlegungen ist eine soziale Krankenversicherung, die nur mehr für Großrisiken zuständig wäre, während analog der Kfz-Haftpflichtversicherung die Kleinrisiken privat abgedeckt werden müssten.

Allen diesen Vorschlägen ist gemeinsam, dass soziale Risiken reprivatisiert werden sollen, wobei laut Hofmarcher und Rack (2001, 21) bereits heute in Österreich etwa ein Drittel der Bevölkerung irgendeine private Zusatzkrankenversicherung hat, womit der Privatversicherungsanteil im internationalen Vergleich in Österreich relativ hoch ist (0,6% des BIP werden von der OECD als freiwillige private Sozialausgaben klassifiziert, womit Österreich nur von den Niederlanden mit 1% des BIP innerhalb Europas übertroffen wird).

Neudeck (2002, 61f) stellt für Österreich ein interessantes Problem der Privatversicherung dar. Es entstünden nämlich durch die Privatversicherung Zusatzkosten für das gesamte System, da die komfortablere Ausstattung der Sonderklasse eine vermehrte Inanspruchnahme der Spitäler durch Zusatzversicherte mit sich bringt (auch für kleinere bzw nicht zwangsläufige Behandlungen). Andererseits wird das Verhalten der Spitalsärzte wesentlich beeinflusst – sie versuchen, durch ein möglichst großes Leistungsangebot ihr Prestige zu erhöhen.

### **1.5 Wie wichtig ist Gerechtigkeit im Gesundheitswesen?**

Die „offizielle“ Gesundheitspolitik stellt in ihren Reformansätzen die Effizienz meist an oberste Stelle. Es geht um Kosteneinsparung, Leistungskürzung, Eigenbeiträge der PatientInnen, etc. Selten bzw erst recht spät wird dabei an die dadurch entstehenden

Verteilungswirkungen gedacht. In der gesundheitsökonomischen Literatur wird aber immer öfter auch die Frage nach *equity*, also nach der „gerechten“ Verteilung gestellt. Gerechtigkeit wird dabei folgendermaßen definiert:

On the one hand, the distribution of health care consumption should be in line with need for health care. Health and morbidity, rather than social-economic status, should determine the amount of health care consumed by households. On the other hand, households' ability to pay should determine health care payments. This implies that the distribution of health care payments should be in line with the distribution of household's income, rather than with the actual consumption of health care. (De Graeve; Van Ourti 2003, 1460.)

Cutler (2002) zeigt in seinem sehr ausführlichen Artikel, dass in den Anfängen umfassender staatlicher Gesundheitspolitik bzw in den 1950er Jahren und 1960er Jahren der Gleichheitsaspekt wesentlich wichtiger war als der Effizienzaspekt. Erst die neoliberale Trendwende und das Sichtbarwerden der Kostendynamik von Vollversicherungssystemen haben der Effizienzfrage so hohe Priorität zugewiesen, wobei zunächst mit Regulierung versucht wurde die Kosten einzubremsen, seit den Neunzigern aber auch mit sogenannten „marktnäheren“ Lösungen.

Im folgenden werden daher einige empirische und theoretische Erkenntnisse zu dem Thema wiedergegeben. Dies scheint notwendig, um eine brauchbare Basis für die Diskussion der diversen Finanzierungsvorschläge (in Kapitel 5) zu schaffen.

Hier ist Cutler zuzustimmen, wenn er sagt:

As medical care becomes more expensive, the tradeoff between equality and efficiency becomes even more difficult. How countries balance these three factors – the desire for quality, the goal of efficiency, and the increasing cost of medical care – will have major implications for medical-care systems for decades to come. (Cutler 2002, 905).

### **1.5.1 Haben wir bereits die Zweiklassenmedizin?**

Für bestimmte Einkommensschichten gibt es einkommensbedingte Barrieren einer Krankenversicherung. Sie können es sich einfach nicht leisten, Prämien zu zahlen, die dem Äquivalenzprinzip entsprechen (also die Versicherungsleistung finanzieren können). Zweiteres kann allerdings nicht als Marktversagen bezeichnet werden, da auf jedem Markt Einkommensrestriktionen gelten (siehe auch Schönback 1980, 17f).

[P]rice signals can be used only to a limited extent to curb excessive or too costly care because patient demand appears to be relatively inelastic and there is concern that they would prevent access to care for some persons and thereby conflict with objectives concerning equity and health outcomes. (Docteur; Oxley 2003, 5)

Hier geht es also weniger um klassisches Marktversagen, sondern darum, dass der Staat Gesundheit als meritorisches Gut definiert, das allen zur Verfügung stehen soll, unabhängig von der individuellen Einkommenssituation. Nichtversicherung würde dazu führen, dass Menschen im Krankheitsfall unter- oder unversorgt sind. Dies ist ein Zustand, der heute zumindest in Europa als nicht akzeptabel gilt - ihm kann nur durch ein Versicherungs-Obligatorium abgeholfen werden. Abgesehen vom sozialpolitischen Problem bedeutet die Nicht-Versicherung von Bevölkerungsgruppen allerdings auch ein Effizienzproblem: Da die Nicht-Versicherung häufig dazu führt,

dass gesundheitliche Probleme nicht rechtzeitig behandelt werden, kommt es zu um so höheren Folgeausgaben. Selbst ohne der Berücksichtigung des Ansteckungsrisikos muss dies als ineffizient bezeichnet werden (die volkswirtschaftlichen Kosten steigen).

Außerdem wird der Versicherungsmarkt durch Ausgrenzen bestimmter Einkommensgruppen kleiner. Die Gefahr der Segmentierung steigt, womit aufgrund der Zersplitterung des Risikopools bestimmte Segmente zusammenbrechen können (Docteur; Oxley 2003, 40).

Von einer Zweiklassenmedizin wird dann gesprochen, wenn das Einkommen ein Gradient in der Inanspruchnahme und in der Kostenbelastung durch das Gesundheitswesen darstellt. Es stellt sich daher die Frage, ob niedrigere Einkommensschichten einen höheren Anteil ihres Einkommens für Gesundheit ausgeben müssen als höhere Einkommensgruppen. Je höher der private Finanzierungsanteil an den Gesundheitsausgaben ist, um so mehr stellt sich ein *equity*-Problem. So haben die USA und die Schweiz mit hohen Privatisierungsgraden die wenigst ausgeglichene Verteilung der Gesundheitsleistungen, Systeme, die in den oberen Einkommensgruppen ein *opting-out* zulassen (wie Deutschland oder die Niederlande) wirken ebenfalls regressiv. In einigen Staaten gibt es bereits Deckel für die Höhe der Selbstbeteiligung (Schweden, Deutschland, Belgien, Finnland, Irland und die Niederlande) – es gibt aber noch zu wenig empirische Forschung dazu, um die Effektivität dieser Maßnahme abzuklären (De Graeve; van Ourti 2003, 1477.)

In Österreich sind 99% der Bevölkerung über die öffentliche Krankenversicherung versichert. Die restlichen 1% stehen allerdings ebenfalls nicht völlig schutzlos dar. Zu ihnen gehören einerseits die Notare und die Zivilingenieure, die aus der sozialen Krankenversicherung hinausoptiert haben und eigenständige private Gruppenversicherungen abgeschlossen haben, andererseits sind es die Gruppen am unteren Einkommensrand: SozialhilfeempfängerInnen und Haftentlassene sind nicht von der sozialen Krankenversicherung erfasst, können jedoch bei Bedarf über die Gebietskörperschaften Gesundheitsleistungen beziehen. Im internationalen Vergleich hat Österreich aber gleichzeitig mit 30% eine hohe Quote der PatientInnenselbstbeteiligung (siehe auch Abschnitt 2.2):

**Tabelle 1: Finanzierungsquellen der gesamten Gesundheitsausgaben, 2000**

	Öffentliche Finanzierungsquellen			Private Finanzierungsquellen			Summe
	Sozialversicherung	andere	Summe	Privatversicherung	"out-of-pocket"	Andere	
Österreich	40,2	29,2	69,4	7,2	18,8	4,6	30,6
OECD-Durchschnitt	32,5	40,1	72,6	6,4	18,7	2,6	27,7
Dänemark	0,0	82,5	82,5	1,6	15,9	0,0	17,5
Schweden	n.a.	n.a.	85,0	n.a.	n.a.	n.a.	15,0
Deutschland	68,7	6,3	75,0	12,6	10,5	1,8	24,9
Frankreich	73,3	2,5	75,8	12,7	10,4	1,0	24,1
Großbritannien	0,0	80,9	80,9	n.a.	n.a.	n.a.	19,1
Schweiz	40,4	15,2	55,6	10,5	32,9	1,0	44,4
Niederlande	59,4	4,0	63,4	15,2	9,0	12,4	36,6

Quelle: Docteur; Oxley 2003, Tabelle 2.

Systeme mit hoher Eigenbeteiligung bzw mit hohen Prämien tendieren zu „Ungerechtigkeit“. Der Gesundheitszustand korreliert erwiesenermaßen positiv mit dem Einkommen – erhöhte Kostenbeteiligung trifft daher ärmere Haushalte überproportional. Docteur und Oxley (2003, 11) warnen daher vor dem Abtausch von Gleichheit gegen Effizienz:

... any efficiency gains may come at the expense of equity, in that those least able to bear the cost may forego some services of relatively high marginal values.

Systeme, die die Leistungsfähigkeit berücksichtigen (also zB einkommensabhängige Beiträge) sind daher gerechter, sie enthalten aber selbstverständlich wiederum das Risiko des *moral hazard*, da zusätzliche Leistungen sich ja nicht in zusätzlichen Kosten für den Patienten niederschlagen.

### **1.5.2 Gesundheit und Armut**

In den vergangenen Jahren erschienen international eine Anzahl von Studien, die belegen, dass Arme bzw. Armutsgefährdete ein höheres Krankheitsrisiko haben. Ein „sozialer Gradient“ spaltet die Gesellschaft in eine gesunde Oberschicht und in eine krankheitsanfälligeren Mittel- bis Unterschicht.

Das lässt sich zum einen durch Einschnitte im Gesundheitswesen und daher schlechtere Versorgung für ärmere Gruppen erklären, zum anderen auch durch eine ungesündere Lebensweise, die wiederum mit dem Bildungsniveau zu tun hat. Ein wichtiger Faktor ist jedenfalls auch die Tatsache, dass der Körper mit Krankheit auf soziale Not antwortet. Nicht die Armut an sich, sondern der Vergleich mit dem Anderen, dem Unerreichbaren macht krank. Wer zum Beispiel ohne Chance auf einen beruflichen Aufstieg jahrelang Schwerstarbeit leistet und dabei sogar um seine Stelle fürchten muss, ist in überdurchschnittlichem Ausmaß gesundheitsgefährdet. Wenn aber vor allem sozial Schwächere öfter erkranken, kann die kurative Medizin zwar einen Teil der Erkrankungen erfolgreich bekämpfen, kostendämpfend kann hier aber nur Prävention wirken.

Während soziale Ungleichheit im Hinblick auf Mortalität mit unterschiedlich effektiver Akutbehandlung in Zusammenhang stehen dürften, ist bei der Morbidität zu vermuten, dass Prävention und korrekter Diagnostik zum richtigen Zeitpunkt eine größere Rolle zukommen. (Hofmarcher; Riedel 2003, 10.)

Die beste Prävention sind jedoch stabile wohlfahrtsstaatliche Verhältnisse. Darauf hat die Armutskonferenz im Jahr 2003 besonders hingewiesen:

Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung zeigen, dass eine gesunde Bevölkerung vor allem eine Folge der „Infrastruktur-Gerechtigkeit“ ist und weniger vom individuellen Risikoverhalten abhängt. Gesellschaftliche Grundlagen wie soziale Gerechtigkeit und Umweltgerechtigkeit haben einen weit stärkeren Einfluss als das individuelle „gesunde Verhalten“ des oder der Einzelnen. (Stronegger 2003, 12)

Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit stellt sich aber genauso in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (siehe vor allem van Doorslaer 2002.). ÖBIG und IHS haben diesen Zusammenhang in diversen Studien auch für Österreich festgestellt. Angehörige ärmerer Einkommensschichten nehmen zwar aufgrund ihres



schlechteren Gesundheitszustandes häufiger als der Durchschnitt AllgemeinmedizinerInnen in Anspruch, sie gehen aber deutlich seltener zum Facharzt und unterziehen sich seltener einer Gesundenuntersuchung. Der Zugang zu ambulanten Gesundheitsdienstleistungen ist für Ärmere häufiger mit längeren Weg- und Wartezeiten verbunden als für sozial besser gestellte Menschen (Hofmarcher et al. 2003, 14; für Details siehe auch Pochobradsky *et al.* 2002. bzw für eine geschlechtsspezifische Untersuchung Habl 2002.).

Als Rezepte um hier Abhilfe zu schaffen, werden multifunktionale, regionalisierte Gesundheits- bzw Sozialzentren gefordert, die ein vielseitiges Angebot unter einem Dach vereinen oder zumindest durch Koordination und Vernetzung die Benachteiligung verringern könnten (Habl 2002, 23.). Einen *best practice* Ansatz scheint Schweden in seiner Gesundheitsreform 1995 verfolgt zu haben, wo die Allgemeinpraxis als zentrale Anlaufstelle gestärkt wurde und versucht wurde, Netzwerke von AllgemeinmedizinerInnen und anderen Gesundheitsberufen zu schaffen (*primary health care teams*; Hofmarcher *et al.* 2003, 12.)

Neben dem Einkommen bestimmen aber auch andere Faktoren den ungleichen Zugang zu Gesundheit: Wartelisten für Nicht-Notfalls-Operationen, Unterversorgung bzw ungleiche regionale Verteilung von ÄrztInnen und sozio-kulturelle Barrieren. Jedenfalls die letzten beiden Faktoren, bis zu einem gewissen Grad aber auch der erste Faktor sind allerdings ihrerseits wiederum mit dem Einkommen hochkorreliert. Im ländlichen Bereich spielt der zweite Faktor in Österreich sicher eine wichtige Rolle, aufgrund eines relativ hohen MigrantInnenanteils sind die sozio-kulturellen Barrieren auch von großer Bedeutung (es gibt daher auch bereits Programme, die sich beispielsweise speziell an Migrantinnen wenden, zB das Frauenmedizinische Zentrum im Kaiser-Franz-Josef-Spital).

## 2 Gesundheitsausgaben in Österreich

### 2.1 Welches Niveau stimmt?

In den vergangenen Jahren ist ein heißer Streit darüber entbrannt, wie hoch die Gesundheitsausgaben in Österreich nun wirklich seien. Es wurden insbesondere von Seiten des IWI die Zahlen der Statistik Austria in Frage gestellt. Auch das IHS hat schließlich einen Beitrag zur Debatte geliefert und Statistik Austria versucht, die diversen Kritikpunkte in seinen neueren Beiträgen zu berücksichtigen.

Kernpunkt der Diskussion ist die Frage, welche Definition für Gesundheitsausgaben gilt. Statistik Austria hält sich an das OECD / VGR-Konzept nach ESGV 95, das Aggregate der Verwendungsrechnung aus den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen verwendet. Hier werden die Konsumausgaben herangezogen, also der Frage nachgegangen, wer Waren und Dienstleistungen im Bereich „Gesundheit“ kauft (es wird somit nichts darüber gesagt, wie dieser Kauf finanziert wird).

Um die öffentlichen Gesundheitsausgaben zu ermitteln, zählt Statistik Austria zu den Konsumausgaben des Staates noch die Investitionen und die laufenden Transfers (also laufende Unterstützungszahlungen an Kapitalgesellschaften, private Haushalte, private Organisationen ohne Erwerbszweck und ans Ausland) des Sektors Staat im Gesundheitsbereich hinzu.

Diese international anerkannte Rechnung zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass sie keine Doppelzählungen erzeugt. Dennoch besteht über die „Richtigkeit“ der Ergebnisse innerösterreichisch massive Diskussion. Das Problem liegt vor allem an der Berücksichtigung der Krankenanstalten. Das ESGV 95 macht nämlich folgende Abgrenzung zwischen öffentlichen und Marktproduzenten: Wenn mehr als 50% der Kosten aus privaten Erlösen abgegolten werden, gilt die Organisationseinheit als privat. Die Entlohnung von Dienstleistungen nach der LKF wird vom ESGV 95 als Produktionserlös betrachtet und nicht als Transfer. Diese Erlöse machen aber weit über 50% der Produktionskosten der Spitäler aus, womit nach ESGV 95 die Spitäler als Marktproduzenten gesehen werden. Damit sind in den öffentlichen Gesundheitsausgaben die Ausgaben der Krankenanstalten ab 1997 nur mehr in Höhe der Ausgaben der Landes- und Gemeindefonds für LKF-Punkte enthalten. Diese Problematik wurde 2001 weiter verschärft, da neben den bereits ausgegliederten Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaften in Kärnten, Tirol, Burgenland und der Steiermark ab 2001 auch in den anderen Bundesländern die Spitäler aus den Landesbudgets ausgegliedert wurden<sup>1</sup>. Damit scheint der

---

<sup>1</sup> Ausnahmen sind Niederösterreich und Wien. In Niederösterreich wurden die Krankenanstalten im Budget nur umgliedert – von der Voranschlagsgruppe „Gesundheitswesen“ zur Voranschlagsgruppe „Betriebe“. In Wien werden die Krankenanstalten als sogenannter Nettobetrieb ohne eigene Rechtspersönlichkeit außerhalb des Budgets geführt.

Krankenhausbereich ab 2001 bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben nur mehr mit dem Zahlungen zur Betriebsabgangsdeckung und der Investitionsförderung auf (weitere Informationen zur Gebarung der Krankenanstalten und der zugehörigen Fonds und Finanzierungsgesellschaften siehe weiter unten).

Ebenfalls im Rahmen des ESVG 95 nicht ganz transparent behandelt werden Pflege-, Kur- und Rehabilitationsheime. Hier erfolgte zwar eine Umklassifizierung aus der COFOG-Klasse „Soziales“ zu „Gesundheit“, es besteht aber das gleiche Problem der Kategorisierung als Marktproduzenten wie bei den Spitälern. (Noch) nicht in den öffentlichen Gesundheitsausgaben sind die Pflegegeldzahlungen – hier gibt es eine international laufende Diskussion.

Die Diskussion in Österreich wurde stark vorangetrieben durch die 2002 erschienene und vielzitierte Studie des IWI (Pichler; Walter 2002). Diese Studie, die äußerst detailgenau versucht, die Gesundheitsausgaben aufzulisten, kommt auf um 50% höhere Beträge für die öffentlichen Gesundheitsausgaben. StatistikerInnen kritisieren allerdings an dieser Studie, dass sie trotz aller Berechtigung einer innerösterreichischen Umklassifizierung insbesondere der Spitalsleistungen nicht frei von Doppelzählungen (bei den intergovernmentalen Transfers) ist.

Unter anderem in Reaktion auf diese Kritik weist Statistik Austria in ihren neuesten Berechnungen auch die Staatsausgaben für Gesundheit aus. Der wesentliche Unterschied ist, dass die Markttransaktionen in voller Höhe hinzugerechnet werden. Intragovernmentale Transfers werden zwar nicht doppelt gerechnet, systemimmanent kommt es bereits bei dieser Berechnung zu unvermeidlichen Doppelzählungen, da die Spitalsleistungen als Kosten der Spitäler als Marktproduzenten und als soziale Sachleistungen der Landesfonds enthalten sind. Laut Statistik Austria liegen für 2001 die Staatsausgaben für Gesundheit um 17% (bzw fast 2 Mrd Euro) über den öffentlichen Gesundheitsausgaben laut OECD/VGR-Konzept.

Auch das IHS hat mittlerweile eine eigene Berechnung der Gesundheitsausgaben angestellt, in dem die Ausgaben für Fondskrankenanstalten anders als von Statistik Austria bewertet werden (die Steueranteile in der Krankenanstaltenfinanzierung, die im internationalen Vergleich relativ hoch sind, werden miteinberechnet). Ihr Ergebnis der öffentlichen Gesundheitsausgaben liegt um fast 3 Mrd Euro höher als die Staatsausgaben für Gesundheit.

Und schließlich hat auch der Rechnungshof für 2001 eine Schätzung veröffentlicht (Rechnungshof 2003, 7), die weit über den Zahlen von Statistik Austria liegt (die Gesundheitsausgaben sind hier um fast 8 Mrd Euro höher).

Die Diskussion zeigt vor allem eines deutlich, nämlich dass die Intransparenz und unklaren Zuständigkeiten auch massive Definitionsprobleme mit sich bringen. Der Rechnungshof regt daher eine Gesundheitspartnerschaft an:

Im Hinblick auf die Alterspyramide der österreichischen Bevölkerung und die damit verbundenen weiteren Ausgabensteigerungen für das Gesundheitswesen erachtete es der RH für zweckmäßig, den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Rahmen einer Gesundheitspartnerschaft (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger, Orden, Kammern, gemeinnützige Gesundheitseinrichtungen, Patientenanwälte zu vereinbaren. („Was ist der österreichischen Gesellschaft die Gesundheit wert?“) Innerhalb des vereinbarten Rahmens wäre die bestmögliche Versorgung mit den entsprechenden Reformschritten unter einer Finanzierungs- und Ausgabenverantwortung in Form eines ganzheitlichen Gesundheitssystems sicherzustellen. (Rechnungshof 2003, 8)

Dieser Vorschlag ist durchaus anders gelagert als die Forderung nach einer reinen Deckelung von Gesundheitsausgaben, da nicht der budgetäre Engpass sondern die politische bzw gesellschaftliche Entscheidung für eine Ausgabenpriorisierung im Vordergrund steht. Außerdem steht ja regelmäßig wiederkehrenden Reevaluierungen der Situation nichts im Wege.

Ein möglicher Schritt in diese Richtung wäre ein in Entwicklung befindliches Projekt zwischen Statistik Austria und dem BMGF, in dem die Gesundheitsausgaben detailgenau, umfassend und bundeseinheitlich erfasst werden sollen. Es soll dabei an das *OECD-System of Health Accounts* angedockt werden. Dieses begrüßenswerte Projekt ist aber nur dann wirklich sinnvoll, wenn die dabei erhobenen Daten auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

## **2.2 Die Zahlen für 1999 bis 2001**

Im folgenden werden nun die Zahlen nach den verschiedenen Berechnungen dargestellt. Da die verschiedenen Studien verschiedene Jahre der jüngsten Vergangenheit betreffen, sind für Statistik Austria die Werte für 1999 bis 2001 wiedergegeben, um den zeitpunktbezogenen Vergleich zu gewährleisten.

Bei den Gesundheitsausgaben interessiert die Aufteilung in privat und öffentlich und die Frage, für welche Bereiche die öffentlichen Ausgaben verwendet werden. Nur Statistik Austria kann auf die zweite Frage eine innerhalb der Tabelle konsistente Antwort geben (da diese eben den ESVG 95-Regeln entspricht).

Das IWI hat für seine Berechnung der öffentlichen Gesundheitsausgaben folgende Aufteilung angegeben – 53% stationärer Bereich, 37% niedergelassener Bereich, 6% Alten- und Pflegeheime und jeweils 2% Krankentransporte und Sonstige. In den Ausgabenbereichen enthalten sind jeweils auch die Pharmaausgaben, wobei nach IWI-Berechnungen 12% der öffentlichen Gesundheitsausgaben als öffentliche Pharmaausgaben zu sehen wären.

Diese Anteile stellen sich in der Berechnung nach Statistik Austria naturgemäß anders dar: Hier machten 1999 der stationäre Bereich noch 44% aus, ging seither durch die Ausgliederungen auf 41% zurück, der ambulante Bereich macht 31% aus, die medizinischen Erzeugnisse (wozu die Pharmaausgaben zählen) machten 1999 17% der öffentlichen Gesundheitsausgaben aus, dieser Anteil stieg 2001 auf 20% an.

**Tabelle 2: Gesundheitsausgaben in Österreich nach verschiedenen Berechnungen**

	Statistik Austria			IWI	IHS 2002	Rechnungshof
	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Konsumausgaben Staat	9.896	9.764	9.887			
Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen	1.865	2.025	2.115			
Ambulante Behandlung	3.048	3.170	3.269			
Stationäre Behandlung	4.736	4.320	4.277			
Offentl Gesundheitsdienst	239	239	267			
F&E	7	7	7			
Konsumausgaben private Haushalte	4.310	4.483	4.659			
Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen	855	870	880			
Ambulante Behandlung	1.807	1.908	2.050			
Stationäre Behandlung	1.075	1.116	1.161			
Versicherungsdienstleistungen	572	589	568			
Private Organisationen ohne Erwerbszweck	12	12	12			
Investitionen	1.135	1.085	1.002			
Gesundheitsausgaben, insgesamt	15.353	15.344	15.561	21.357	19.506	23.025
Öffentliche Gesundheitsausgaben	10.700	10.517	10.476	16.829	13.946	18.094
Staatsausgaben für Gesundheit, COFOG	15.556	15.467	12.299			
Gesundheitsausgaben, insgesamt in % des BIP	7,8%	7,4%	7,3%	10,8%	9,5%	11,6%
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % des BIP	5,4%	5,1%	4,9%	8,5%	6,8%	9,1%
Offentl Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben	69,7%	68,5%	67,3%	78,8%	71,5%	78,5%

Quelle: Dannerbauer 2003. Hofmarcher et al. 2002. Pichler, Walter 2001.

Insgesamt schwanken also die errechneten Gesundheitsausgaben zwischen 15 und 23 Mrd Euro bzw zwischen 7,3% und 11,6% des BIP, die öffentlichen Gesundheitsausgaben zwischen 10 und 18 Mrd Euro bzw zwischen 4,9% und 9,1% des BIP. Es kann sicherlich mit Fug und Recht behauptet werden, dass für den innerösterreichischen Diskurs die VGR-Berechnung die Gesundheitsausgaben gewissermaßen „unterschätzt“, da die Spitäler dadurch mehr oder weniger „unter den Tisch fallen“. Da in den von Statistik Austria ausgewiesenen Staatsausgaben für Gesundheit nach COFOG die Ausgliederungen auch nicht völlig erfasst sind, dürfte die IHS-Schätzung eine der brauchbarsten Schätzungen darstellen (wohlgemerkt, im internationalen Vergleich muss man auf die Statistik Austria-Zahlen zurückgreifen, siehe weiter unten). Nach diesen Zahlen würden ca 20 Mrd Euro pro Jahr für Gesundheit ausgegeben, davon 14 Mrd von der öffentlichen Hand (das wäre eine BIP-Quote von 6,8%).

Der hohe Anteil an privaten Gesundheitsausgaben (ca 30% aller Gesundheitsausgaben) mag auf den ersten Blick überraschen. Er setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen (Zahlen aus Hofmarcher; Rack 2001, 34):

- ◆ Ca 50% wird für freiverkäufliche pharmazeutische Erzeugnisse (vom Aspirin bis zu den Homöopathischen Arzneien) und therapeutische Produkte (zB Brillen) aufgewendet. Dieser Anteil blieb von 1995 bis 1998 in etwa gleich.
- ◆ Weitere 40% gehen an die ärztlichen und zahnärztlichen Dienste sowie an DienstleisterInnen in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen (Wellness). Dieser Bereich ist im Wachstum begriffen.
- ◆ Der Rest geht vor allem an private Krankenversicherungen und ist in den vergangenen Jahren anteilmäßig eher rückläufig.

### 2.3 Internationaler Vergleich

Zwei der oben zitierten Arbeiten weisen internationale Vergleichszahlen aus – Statistik Austria und das IHS. Das IWI vermutet lediglich, dass die österreichischen Gesundheitsausgaben höher als im internationalen Vergleich seien – diese

Vermutung ist auch Kernpunkt der Kritik an dieser Studie. Ohne weiteren Indizien anzunehmen, dass gerade für Österreich die international gültige Klassifikation die Ausgaben unterschätze, wirkt unseriös. Gleichzeitig ist aber genau dies die medial am stärksten transportierte Aussage.

Die folgende Tabelle ist den neuesten OECD-Gesundheitsindikatoren genommen. Es gelten sicherlich alle genannten Vorbehalte der Klassifizierung. Diese treffen aber wohl auf die eine oder andere Weise auch die Vergleichsländer. Laut OECD sind somit die österreichischen Gesundheitsausgaben sowohl gesamt als auch beim öffentlichen Anteil unterhalb des OECD-Durchschnittes. Innerhalb der EU-15 haben laut dieser Tabelle nur Finnland, Luxemburg, Spanien und Großbritannien niedrigere Gesundheitsquoten (nach den IHS-Zahlen kommt noch Italien hinzu).

**Tabelle 3: Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich (in % des BIP)**

	1970		1980		1990		2000		2001	
	gesamt	öffentl.	gesamt	öffentl.	gesamt	öffentl.	gesamt	öffentl.	gesamt	öffentl.
<b>Österreich</b>	5,3%	3,3%	7,6%	5,5%	7,1%	5,2%	7,7%	5,4%	7,7%	5,3%
IHS					7,1%		8,0%			
<b>OECD-Durchschnitt</b>	<b>5,3%</b>	<b>3,7%</b>	<b>7,0%</b>	<b>5,4%</b>	<b>7,6%</b>	<b>5,7%</b>	<b>8,4%</b>	<b>6,1%</b>	<b>8,6%</b>	<b>6,2%</b>
<b>Dänemark</b>	8,0%	6,7%	9,1%	8,0%	8,5%	7,0%	8,3%	6,9%	8,6%	7,1%
<b>Schweden</b>	6,7%	5,8%	8,8%	8,2%	8,2%	7,4%	8,4%	7,1%	8,7%	7,4%
<b>Deutschland</b>	6,2%	4,5%	8,7%	6,8%	9,9%	7,7%	10,6%	7,9%	10,7%	8,0%
<b>Frankreich</b>					8,6%	6,6%	9,3%	7,1%	9,5%	7,2%
<b>Großbritannien</b>	4,5%	3,9%	5,6%	5,0%	6,0%	5,0%	7,3%	5,9%	7,6%	6,2%
<b>Schweiz</b>	5,6%		7,6%		8,5%	4,5%	10,7%	5,9%	10,9%	
<b>Niederlande</b>	6,9%	4,2%	7,5%	5,2%	8,0%	5,4%	8,6%	5,5%	8,9%	5,7%
<b>USA</b>	6,9%	2,5%	8,7%	3,6%	11,9%	4,7%	13,1%	5,8%	13,9%	6,2%

Quelle: OECD 2003b, Tabellen 3.2 und 3.3.

Bei allen Vorbehalten gegen derartige internationale Vergleiche zeigt sich dennoch deutlich, dass gerade jene Länder, in denen das Gesundheitssystem stark privatisiert ist, die höchsten Ausgabenquoten haben. Dass die Schweiz und die USA höhere Quoten aufweisen als die anderen Länder, gilt nämlich als unbestritten. Interessant ist dabei auch, dass laut OECD die Pro-Kopf-Ausgaben der USA nicht nur für die Gesamtausgaben (USA: 4.887 US\$ KKP; OECD-Durchschnitt 2.117 US\$ KKP; Österreich 2.191 US\$ KKP) über dem OECD-Durchschnitt liegen, sondern auch bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben (USA: 2.168 US\$ KKP; OECD-Durchschnitt 1.513 US\$ KKP; Österreich 1.489 US\$ KKP).

Laut OECD ist einer der Gründe für den großen Unterschied zwischen den Gesundheitsausgaben der USA und anderer Länder die wesentlich höhere Nutzung teurer medizinischer Verfahren (Docteur; Oxley 2003, 21f). Eine andere rezente Arbeit (Anderson et al. 2003) sieht die höheren Preise insgesamt als Ursache. Bei den meisten Indikatoren zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liegen die USA in der Nähe des Durchschnittes:

In 2000 the United States spent considerably more on health care than any other country, whether measured per capita or as a percentage of GDP. At the same time, most measures of aggregate utilization such as physician visits per capita and hospitals days per capita were below the OECD median. Since spending is a product of both the goods and services used and their prices, this implies that much higher prices are paid in the United States than in other countries. (Anderson et alii 2003, 103).

ÄrztInnen verdienen in den USA wesentlich mehr als in Europa, da ihre Einkommen nie den staatlichen Regulierungen europäischer Gesundheitssysteme unterworfen waren (Cutler 2002, 891). Inflationär wirkt dabei sicher auch die Notwendigkeit, sich als US-amerikanischer Arzt hoch gegen Schadensersatzforderungen zu versichern.

Diese Fragestellung verweist bereits auf eine genauere Analyse des Ausgabenwachstums nach den Kostendeterminanten. Zunächst interessiert die genannte Unterscheidung in Preis oder Menge und in weiterer Folge andere kostentreibende Faktoren, die in der Literatur genannt werden.

## 2.4 Preis oder Menge?

Während die OECD 1997 in ihrem Wirtschaftsbericht für Österreich vor allem die Preissteigerungen im Gesundheitsbereich für die Kostendynamik verantwortlich machte (siehe Ivansits; Streissler 1999, 15), kann dieser Befund heute nicht mehr so undifferenziert gelten. Betrachtet man die diversen Mengenindikatoren, die die OECD in *Health at a Glance* (2003b) veröffentlicht, so liegt Österreich in den Neunziger Jahren lediglich bei der Reduktion der Spitalsdauer besser als der OECD-Durchschnitt. Bei den anderen Indikatoren lag Österreich mit Ausnahme der Krankenschwestern und der Magnetresonanz bereits 1990 über dem OECD-Durchschnitt und liegt 2000 eben aufgrund höherer Wachstumsraten deutlich über diesen Vergleichszahlen.

Tabelle 4: Mengenindikatoren des österreichischen Gesundheitswesens 1990-2000

	1990	2000	Wachstum
<b>Ärztedichte (pro 1.000 EinwohnerInnen)</b>			
Österreich	3	3,8	26,67%
OECD-Durchschnitt	2,5	2,9	16,00%
<b>Arztbesuche pro Kopf</b>			
Österreich	5,9	6,7	13,56%
OECD-Durchschnitt	5,4	5,6	3,70%
<b>Krankenschwesternsdichte (pro 1.000 EinwohnerInnen)</b>			
Österreich	7,2	9,2	27,78%
OECD-Durchschnitt	7,4	8,1	9,46%
<b>Akutbetten (pro 1.000 EinwohnerInnen)</b>			
Österreich	7	6,2	-11,43%
OECD-Durchschnitt	5	4	-20,00%
<b>Computer-Tomograf (pro 1 Mio EinwohnerInnen)</b>			
Österreich	11,6	25,8	122,41%
OECD-Durchschnitt	10,1	17,7	75,25%
<b>Magnetresonanz (pro 1 Mio EinwohnerInnen)</b>			
Österreich	1,2	10,8	800,00%
OECD-Durchschnitt	1,7	6,5	282,35%
<b>Spitalsentlassungen (pro 100.000 EinwohnerInnen)</b>			
Österreich	22.671	28.442	25,46%
OECD-Durchschnitt	12.475	14.392	15,37%
<b>Spitalsdauer (durchschnittlich in Tagen)</b>			
Österreich	9,3	6,3	-32,26%
OECD-Durchschnitt	8,6	6,9	-19,77%

Quelle: OECD 2003b, Tab 2.1 bis 2.11; eigene Berechnungen.

Nicht ausgewiesen sind in diesem Vergleich die Ausgaben für Arzneimittel. Das ÖBIG hat hier für 1998 Österreich mit 19,9 Arzneimittelpackungen pro Jahr und EinwohnerIn etwas unter dem EU-Durchschnitt gesehen (Rosian et al. 2001a, 295).

Docteur und Oxley sehen für Österreich folgende Preis- und Mengeneffekte:

- ◆ Im Spitalsbereich wären aufgrund der fixen Budgets eigentlich nur die Volumen variabel und die Preise weitgehend fixiert.
- ◆ Im niedergelassenen Bereich würden über die jährlichen Kassenverträge sowohl Preise als auch Volumina neu festgelegt.
- ◆ Die stärkste Preissteuerung ist im Arzneimittelbereich möglich.

Im ambulanten wie im stationären Bereich gilt, dass Preise langfristig eher nicht steuerbar sind. Die wichtigsten Preise hier sind nämlich die Einkommen der GesundheitsdienstleisterInnen, die nur allenfalls kurzfristig beeinflussbar sind. Langfristig droht bei zu stark preisdämpfenden Maßnahmen sonst Unterversorgung:

Thus, countries may achieve short-term gains in terms of lower public health-care spending, but may confront difficulties in maintaining an adequate level of services at a later date. (Docteur; Oxley 2003, 24)

Dieses Problem kann durch die Demografie sogar noch verstärkt werden, wenn einer altersbedingten Nachfragesteigerung immer weniger Arbeitskräfte gegenüberstehen.

Auch Cutler sieht langfristig die Mengensteigerungen als das relevantere Problem:

Expenditure caps did not eliminate technological change; they just suppressed some of their manifestations. But ultimately, the technology was adopted and led to increased spending. This is clearest in the case of price reductions. As noted above, a large share of the savings from expenditure caps was in lower prices paid to doctors. But quantity growth is a far more important driver of long-run cost increase than is price growth. Thus, price cuts are an inherently limited way to reduce spending increases. When prices are falling, spending growth will slow, but growth will then resume when price cuts cease (Cutler 2002, 898).

## 2.5 Kostendeterminanten

Im allgemeinen werden vier Kategorien (soziostrukturelle Faktoren, medizinische Faktoren, politische Faktoren und besondere Charakteristika des Gesundheitswesens) unterschieden, die in der einen oder anderen Weise für die Kostenentwicklung mitverantwortlich sind.

Sozialstrukturelle Faktoren:

zunehmende Ansprüche  
**wachsender Lebensstandard**  
 höheres Bildungsniveau  
**veränderte Familienstrukturen**

Medizinische Faktoren

**steigende Lebenserwartung**  
 Altern der Bevölkerung  
 Multimorbidität  
 gewandeltes Krankheitsspektrum  
**Sisyphus-Syndrom**  
**medizinisch-technischer Fortschritt**  
**Spezialisierung und Verfeinerung der Medizin**

Charakteristika des Gesundheitswesens

unbegrenzter Bedarf  
**Rationalitätenfallen**  
 „moral hazard“



**Dienstleistungsökonomik**

Personalkosten

Marktversagen

**Anbieterdominanz**

öffentlich-private Leistungserbringung

**Politische Faktoren**

leichtere Erreichbarkeit der Gesundheitsdienste

Rationalitätengegensätze und –koalitionen

Kompetenzzersplitterung

Steuerungsdefizite

föderalistische Politik

**Mangel an Prävention**

**Fehler in den Anreiz-Systemen**

Ineffizienzen im Spital

Übergewicht des stationären Sektors

mangelhafte Koordination ambulant-stationär

Auf einige ausgewählte Punkte (in der Liste fett geschrieben) soll im folgenden eingegangen werden:

**2.5.1 Wachsender Lebensstandard**

Eine oft zitierte Kostendeterminante ist das steigende Einkommen. Ein höherer Lebensstandard würde zu steigenden Ansprüchen und damit zu Mehrausgaben im Gesundheitswesen führen. Neuere Arbeiten stellen dies eher in Frage. Verschiedene Zeitreihen zeigen nämlich, dass die Gesundheitsausgaben in etwa gleich mit dem BIP wachsen, also nicht als superiores Gut bezeichnet werden können. Aufgrund der sinkenden Lohnquote kommt es aber zu der noch weiter unten zu behandelnden Beitragseinnahmenerosion.

Während die Nachfrageelastizität nach Gesundheitsleistungen weitgehend unbestritten nahe Null liegt (Preiserhöhungen haben nur eine sehr geringe Auswirkung auf die Nachfrage), haben die Untersuchungen zur Einkommenselastizität also sehr unterschiedliche Ergebnisse.

DiMatteo kommt in einer rezenten Studie zu dem Ergebnis:

Generally, results [...] suggest that income elasticities are higher at low-income levels and lower at higher income levels. As well, these results confirm that income elasticity does vary by level of analysis with international income elasticities being generally larger than national or regional studies. (DiMatteo 2003, 20).

**2.5.2 Veränderte Familienstrukturen**

Die Tendenz zur Kleinfamilie und die gestiegene Erwerbstätigkeit von Frauen führten dazu, dass immer mehr Leistungen vor allem des Pflegebereiches auf den Markt ausgelagert werden. Diese Entwicklung ist aus frauenpolitischer Sicht in zweifacher Hinsicht zu begrüßen: Einerseits ermöglicht sie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, andererseits schafft sie gerade wieder für Frauen arbeits- und sozialrechtlich abgesicherte Arbeitsverhältnisse. Dennoch handelt es sich hier zweifelsohne um eine Entwicklung, die die Gesundheitsausgabenquote anhebt, da die bisher unentgeltlich erbrachten Leistungen von den Statistiken nicht erfasst wurden (die

Auswirkungen auf den Pflegebereich wurde für Österreich in Streissler 2004 sehr differenziert behandelt).

### **2.5.3 Steigende Lebenserwartung**

Mit der zahlenmäßigen Zunahme älterer Menschen wird der Ausgabendruck insgesamt wachsen (siehe hierzu Rat der Europäischen Union 2003). Mit dem Alter steigen auch die Gesundheitsausgaben. Die höchsten Aufwendungen für Gesundheit entstehen bei Personen im letzten Lebensjahr. Zukünftige höhere Gesundheitsausgaben ergeben sich daher vor allem aus den zahlenmäßig stärker als bisher besetzten älteren Geburtsjahrgängen.

Nach der Projektionen der Europäischen Union dürfte die Zahl der Menschen über 65 in der EU15 von 61 Millionen im Jahr 2000 auf rund 103 Millionen im Jahr 2050 zunehmen, die Zahl der Über80jährigen steigt im gleichen Zeitraum von 14 auf 38 Millionen. Dementsprechend wird der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (unter der Voraussetzung, dass das Pro-Kopf-Wachstum dem Pro-Kopf-Wachstum des BIPs entspricht) im EU-Durchschnitt von 6,6% im Jahr 2000 auf 7,9% im Jahr 2050 anwachsen – für Österreich lauten die Projektionen von 5,8% (2000) auf 7,5% im Jahr 2050<sup>2</sup>.

Die Demographie ist freilich nur ein Faktor der „Produktionsbedingungen“ von Gesundheit. Weitere wichtige Faktoren sind Erfolge in der Prävention, ein kostendämpfender medizinisch-technischer Fortschritt, Reformen in der Gesundheitsorganisation (wie zB Hauskrankenpflege), sowie eine schrumpfende Bevölkerung. Durch diese Faktoren können altersbedingt höhere Gesundheitsausgaben teilweise wieder kompensiert werden.

### **2.5.4 Sisyphus-Syndrom**

Eine weitere Erklärung für höhere Gesundheitsausgaben ist das Sisyphus-Syndrom. Nach Breyer und Zweifel (1997, 413) verbessern Fortschritte in der Medizin als Produktinnovationen die Überlebenschancen. Dadurch wächst der wahlpolitische Stellenwert der Alten an der Bevölkerung, es kommt zu weiteren Neuzuteilungen öffentlicher Mittel bzw. weiteren Produktinnovationen, schließlich zu einem noch größeren politischen Gewicht der Alten, mit dem Ergebnis, dass das Gesundheitswesen „hypertrophiert“. Diese Entwicklung wird letztlich auch andere altersabhängige Segmente des Sozialstaates (Pensionsversicherung, Pflege) erfassen. Ein anderer Aspekt des Sisyphus-Syndroms besteht darin, dass nach jeder mit großem Kostenaufwand überwundenen Krankheit früher oder später eine weitere folgen wird, deren Behandlung noch teurer wird. Neuen Bedürfnissen sind vor allem im Gesundheitswesen keine Grenzen gesetzt.

---

<sup>2</sup> Die Errechnung der dieser Projektion zugrundeliegenden Gesundheitsausgaben unterscheiden sich abermals von den bereits ausgeführten, daher sind die BIP-Anteile nicht mit den vorne genannten vergleichbar.

### 2.5.5 Medizinisch-technischer Fortschritt

Als wichtigste Ursache der Kostenexplosion wird allgemein der medizinisch-technische Fortschritt gesehen, der teilweise eine Eigendynamik entwickelt, die nicht immer auf die humanitäre Ausrichtung der Medizin abzielt. Docteur und Oxley (2003, 22) schätzen ebenso wie bereits Newhouse (1992), dass die Technologie für etwa die Hälfte der Wachstumsraten verantwortlich ist.

Auch die OECD wies bereits 1996 auf die steigende Technologieintensität der stationären Dienstleistungen hin und wiederholt dies auch 2003: In den meisten OECD-Ländern hat es vor allem bei den diagnostischen Technologien (zB Computertomographie und Magnetresonanz-Tomographie) einen Schub gegeben. Die Anzahl von Magnetresonanz-Tomographen ist in den letzten zehn Jahren neben der Schweiz, Island und Finnland auch in Österreich besonders stark angestiegen.

Rapides Wachstum gab es auch bei der Anwendung vieler chirurgischer Eingriffe, wie zB Graue Star Operationen, Knie- und Hüftgelenkersatz und Eingriffen am Herz (OECD 2003a, 1).

Der wissenschaftliche und technische Fortschritt der Medizin erfordert mit seiner Tendenz zur fachlichen Spezialisierung, zu immer aufwändigeren Geräten und dadurch intensivierten Diagnose- und Behandlungsverfahren wachsende Aufwendungen für qualifiziertes Personal und hochentwickelte Apparate, die durch den immanenten Zwang zur Auslastung wiederum zu einer kostentreibenden Überversorgung beitragen können.

Wesentlich ist dabei, dass in der Medizin jeder Fortschritt - finanziell betrachtet - eher ergänzend als ersetzend wirkt. Nicht zu unterschätzen dürfte hier die Rolle der USA im Diffusionsprozess sein. Aufgrund des geringen Regulierungsgrades kommen Innovationen rasch zur Umsetzung. Dies setzt aber auch die Gesundheitssysteme außerhalb der USA unter Druck, so dass auch zB in Europa technischer Fortschritt als quasi exogen vorgegeben und kaum durch nationale Politiken beeinflussbar gesehen wird (Cutler 2002, 898).

Langfristig wird also die öffentliche Hand eine stärkere Rolle bei der Kosten-Nutzen-Evaluation von neuen Technologien einnehmen müssen um die Ausgabendynamik zu bremsen. In einem derartigen *technology assessment* wird und muss auch die soziale und ethische Kompatibilität überprüft werden.

Derartige Evaluationen sind aber ihrerseits auch teuer und zeitaufwändig, insbesondere wenn nicht nur (zu) kleine Samples von ProbandInnen getestet werden<sup>3</sup>.

### **2.5.6 Rationalitätenfallen**

Im Gesundheitswesen stehen vier unterschiedliche Rationalitäten gegeneinander (siehe Flemmich; Ivansits 1996, 242f): Die volkswirtschaftliche Gesamtrationalität (Maximierung des gesamtökonomischen Nutzens unter beschränkten Budgetmitteln), die einzelwirtschaftliche Vernunft der Akteure (wobei auch hier zwischen dem Anliegen der Interessenwahrung von PatientInnen und jener der Anbieter im Gesundheitswesen unterschieden werden muss), die medizinische Rationalität (unbeschränkte Versorgung mit ärztlichen Gütern) und die politische Rationalität (Wahrung der Loyalität von Krankenversicherten und Leistungsanbietern über großzügige Leistungen).

Verbinden sich zwei dieser Rationalitäten, so kommt es zu ungleichgewichtigen Entwicklungen, wie man beispielsweise im Spitalswesen durch die Verbindung von politischen Überlegungen mit den Interessen der Anbieter (zB Großgeräte) sieht. Diese Verkettung von Rationalitätenfallen wird als systemimmanent für das Gesundheitswesen gesehen und zumeist nur auf konsensuellem Weg gelöst werden können.

### **2.5.7 Dienstleistungsökonomik**

Das Gesundheitswesen ist ein dienstleistungsorientierter Sektor. Dienstleistungen erfuhren im allgemeinen in den vergangenen Jahren eine bedeutsame Ausweitung. Sie sind personal- und arbeitsintensiv, wenig elastisch und lassen kaum Rationalisierungen zu. Da sie meist mit geringen Produktivitätsfortschritten einhergehen, entsteht im tertiären Sektor ein Kostendruck, der dazu führt, dass immer mehr Ressourcen dorthin fließen (*Baumolsche* Kostenkrankheit – siehe Mesch 1997, 190f).

### **2.5.8 Anbieterdominanz**

Aufgrund unterschiedlicher Informationsstände, aber auch aufgrund ihrer starken Verhandlungsposition dominieren die Anbieter das Gesundheitswesen.

Ihren stärksten Niederschlag findet diese Dominanz in der angebotsinduzierten Nachfrage, also in der Tatsache, dass die Ärzteschaft die Menge der bei ihr nachgefragten medizinischen Leistungen wesentlich (mit-)bestimmen kann. Im

---

<sup>3</sup> Man denke hier beispielsweise an die bislang zu wenig berücksichtigte Problematik, dass Medikamente bei Frauen anders wirken, dass diese aber gleichzeitig aufgrund zyklisch schwankender Hormonspiegel eine wesentlich teurere, weil „kompliziertere“ Versuchsgruppe sind.

Spitalsbereich ist dies aufgrund der Spezialisierung noch mehr der Fall als bei den niedergelassenen Ärzten. Da die Krankenkassen also nur die Preise, nicht aber die Mengen bestimmen können, können sie trotz ihrer Rolle als Financier kaum steuernd eingreifen.

Die Anbieterdominanz findet sich aber auch im Bereich der Vertragsaushandlungen: Ärzte stellen eine wesentlich homogenere Gruppe im Bezug auf ihre Interessen dar als die Versicherten. Ökonomiekontrollen und eine „starke“ Sozialversicherung könnten die Probleme der Anbieterdominanz relativieren.

### **2.5.9 Mangel an Prävention**

Das wachsende Bestreben in der Gesundheitspolitik, Präventivmaßnahmen zu fördern und auszubauen, rechtfertigt sich nicht nur durch humanitäre Gründe. Prävention kommt auch in ökonomischer Betrachtung aus Allokations- bzw. Kostengesichtspunkten vor dem Hintergrund steigender Zivilisationserkrankungen größte Bedeutung zu (Badelt; Österle 1998, 55ff). Will man vor allem Zivilisationskrankheiten wirksam bekämpfen, ist an ihren Ursachen anzusetzen. Durch Bekämpfung der Krankheitsursachen (Verhaltens- und Verhältnisprävention) können Schäden vermieden werden, so dass sich die Verwendung eines größeren Teils des Gesundheitsbudgets für Prävention auch ökonomisch rechnet. So gesehen liegt Prävention durchaus im Interesse der Allgemeinheit. Wesentliches Erfolgskriterium der Prävention ist allerdings die Selbstverantwortlichkeit (*compliance*). Prävention muss „selbst in die Hand genommen“ werden und kann nicht delegiert werden. Für den Bereich der betrieblichen Prävention bedeutet dies, dass die Belegschaft sich auch selbst um Prävention kümmern muss und dass diese Aufgabe nicht vom Dienstgeber allein erfüllt werden kann.

Prävention kann aber durchaus noch weiter gefasst werden: Verhaltens- und Risikofaktoren sind ein wesentlicher Einflussfaktor des allgemeinen Gesundheitszustandes, mindestens so wichtig für *public health* sind aber auch die sozio-ökonomischen Faktoren (allen voran Einkommensniveau und -verteilung). Will man den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern und damit die Gesundheitsausgaben nachhaltig eindämmen, muss also lange vor der „medizinischen“ Gesundheitspolitik angesetzt werden.

### **2.5.10 Fehler in den Anreiz-Systemen**

Es handelt sich dabei um die Problematik, dass Anbieter (Ärztenschaft) und Nachfrager (PatientInnen) einander ohne einen echten Preisbildungsmechanismus gegenüberstehen (*third-party-payment-problem*), weil die Leistungserstattung über die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt. Diesem Problem versucht man häufig durch Einführung von Selbsthalten zu begegnen, die aber ebenfalls nicht verhindern können, dass es ab einem gewissen Punkt zur Übernachfrage kommt. Lediglich Mengeneinschränkungen könnten hier eine gewisse Abhilfe schaffen.

Noch effektiver wäre es allerdings, an der Organisation grundsätzlich etwas zu ändern, damit die Anbieter Kostenverantwortung übernehmen müssen (siehe dazu das Kapitel „Organisationsfragen“).

## ***2.6 Intransparenz führt zu Kostenverschleierung und Kostenerhöhung***

### ***2.6.1 Organisation des Gesundheitswesens***

Einer der ersten Kritikpunkte, der am österreichischen Gesundheitswesen geäußert wird, ist seine Unübersichtlichkeit. Hofmarcher; Rack (2001) zeigen in eindrucksvollen Diagrammen, die auch vom Rechnungshof (2003) wiedergegeben werden, welches Wirrwarr Organisations- und Finanzierungsströme darstellen. Eine Vielzahl von Institutionen ist mit einander überlagernden Kompetenzen beteiligt. Sie seien hier (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) kurz genannt:

**Tabelle 5: Die Institutionen des österreichischen Gesundheitswesens mit ihren Aufgaben**

Institution	Aufgaben	Anmerkungen
BM f Frauen und Gesundheit (mit Gesundheitsstaatssekretariat seit 2000)	allgem Gesundheitspolitik; Ausbildung der Berufe der Gesundheitspflege; Apotheken- und Arzneimittelwesen; Aufsicht von Sozialversicherung und Ärztekammer; uva.	beratend wirkt Oberster Sanitätsrat (19 Mitglieder); für Forschung und Planung gibt es ÖBIG (Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit)
BM f Bildung, Wissenschaft und Kunst	ÄrztInnenausbildung; "klinischer Mehraufwand" (das ist die Kostenbeteiligung des Bundes an Errichtung, Ausgestaltung und Betrieb von Universitätskliniken)	
BM f Justiz; BM f Landesverteidigung		als Eigentümer von Krankenabteilungen bzw Krankenanstalten
Bund hat Aufgaben im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung an Länder und Sozialversicherungen übertragen, daher nur wenige eigene Ausgaben; hat aber wichtige Aufgaben bei Vollzug und spielt eine wesentliche Rolle bei Ausbildungsfragen		
Landesregierungen		
		eigene Abteilungen für Gesundheit; beratend: Landessanitätsräte
Bezirksverwaltungen		
		Gesundheitsämter; von AmtsärztIn geleitet
Gemeinden		
		örtliche Gesundheitspolizei; Gemeinde- oder KreisärztIn als Fachorgan
diese Organe haben alle diverse Aufsichtsfunktionen und weitreichende Verantwortungen für die ihnen zugehörigen Krankenhäuser (für genaueres siehe dort); haben in Einrichtung, Durchführung und Überwachung der verschiedenen Belange des Gesundheitswesens große Bedeutung		
Hauptverband der Sozialversicherung		
	Erstellung von verbindlichen Richtlinien; rechtspolitische Vorschläge & Gutachten; Gesamtverträge mit Interessenvertretungen; Weiterentwicklung des Sozialversicherungsrechts und des Gesundheitswesens; Verwaltung der Versichertendaten; Erstellen von Statistiken	
9 Gebietskrankenkassen, SV Gewerbe; SV Bauern; 9 Betriebskrankenkassen; VA Bergbau, VA Eisenbahn		
	Versorgungsauftrag; Planungs- und Regulierungskompetenz	
Österreichische Ärztekammer		
	Mitsprache bei Ärzteausbildung; Vergabe von Kassenverträgen; Führen der "Ärzteliste"	vertritt ca 40.000 ÄrztInnen
Apothekerkammer		
Österreichisches Hebammengremium		
Vielzahl von freiwilligen Verbänden		
		teilweise kollektivvertragsfähig
Leistungsmenge und Honorierung werden mit Hilfe von (meist jährlichen) Gesamtverträgen ausgehandelt und festgelegt		
private Krankenversicherung		
	Abdeckung erhöhter Komfortansprüche in der Sonderklasse der Spitäler; Vergütung der Kosten der Inanspruchnahme von Nicht-Kassenärzten	
Öffentliche (& gemeinnützige) Krankenhäuser		
	siehe Abschnitt 3.1	143 "Fondskrankenanstalten": öffentliche und gemeinnützige Akutkrankenanstalten, die aus öffentlichen Mitteln über die Landesfonds finanziert werden; mit fast 3/4 der gesamtösterreichischen Bettenkapazität
Private Krankenanstalten		
	kein Aufnahmegebot; Möglichkeit der WahlärztInnen	5% des Gesamtbettenstandes; jährlich Budget mit Sozialversicherung verhandelt
Wohlfahrtsorganisationen, Soziale Dienstleister, Selbsthilfegruppen		
		ca 2.300 kleinere und 20 größere Organisationen

Quelle: Informationen entstammen im wesentlichen Hofmarcher; Rack 2001, 12-23.

## 2.6.2 Finanzierungsströme

Aus dieser Tabelle ist der Beitrag der einzelnen Financiers noch nicht ersichtlich. Die zitierten Studien haben aber teilweise dazu Berechnungen angestellt: Die nach Trägern am tiefsten untergliederte Aufteilung findet sich in der IWI-Studie: Etwa 4% der öffentlichen Ausgaben werden 1999 vom Bund finanziert, 26% von den Ländern, 6% von den Gemeinden, 18% von den Landesfonds, 42% von den Sozialversicherungsträgern und 3% von den Krankenanstalten-GesmbHs (Pichler; Walter 2002, 205). Das IHS rechnet in seinen Berechnungen 65% der öffentlichen Ausgaben der sozialen Krankenversicherung zu und 35% Bund und Ländern. Der Rechnungshof (2003) wiederum sieht den Anteil von Sozialversicherung und Krankenfürsorgeanstalten bei 50,7% der öffentlichen und privaten Finanzmittel, den

Ausgabenanteil der Gebietskörperschaften bei 27,9% und die Ausgabenquote der privaten Haushalte bei 21,4%.

**Tabelle 6: Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen nach Zahlern**

Zahler	Finanzierungsstrom	Empfänger
Bund	Finanzausgleich	Länder Gemeinden
	Vereinbarung gem Art 15a B-VG	Strukturfonds Landesfonds
	Pflegegeld des Bundes	PatientInnen
Länder	Mittel der Länder an die Landesfonds	Landesfonds
	Betriebsabgangsmittel, soweit nicht durch Landesfonds gedeckt	Krankenanstalten
	Pflegegeld der Länder	PatientInnen
	Zuschüsse der Länder	Langzeiteinrichtungen Medizin. Rehabilitation
Gemeinden	Mittel der Gemeinden an die Landesfonds	Landesfonds
	Betriebsabgangsmittel, soweit nicht durch Landesfonds gedeckt	Krankenanstalten
	Zuschüsse der Gemeinden	Langzeiteinrichtungen Medizin. Rehabilitation
Strukturfonds	Mittel des Strukturfonds an die Landesfonds aufgrund Vereinbarung gem Art 15a B-VG	Landesfonds
Krankenversicherungen	Mittel der SV-Träger aufgrund Vereinbarung gem Art 15a B-VG	Landesfonds
	Mittel für Nicht-Fonds-Krankenanstalten	Krankenanstalten
	Leistungen für Fonds-Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds verrechnet werden	Krankenanstalten
	Mittel der SV-Träger f Vertragspartner im außerstationären Bereich	Ärzte, Apotheker, usw
	Zahlungen der SV für eigene Einrichtungen	Medizin. Rehabilitation
Landesfonds	Leistungsorientierte Krankenanstellenfinanzierung; Investitionsförderung; Ausgleichsmittel	Krankenanstalten
PatientInnen	Kostenbeiträge, Selbstbehalte, Zahlungen privater Krankenversicherungen	Ärzte, Apotheker, usw Krankenanstalten
	Steuern	Bund
	Sozialversicherungsbeiträge	Krankenversicherungen

Quelle: Rechnungshof 2003, 6f.

In den Kapiteln zu den einzelnen Leistungsbereichen (insbesondere im stationären Bereich) wird nochmals auf die hier fließenden Mitteln zurückgekommen werden.



### 3 Leistungsbereiche

#### 3.1 Krankenanstalten – Der stationäre Bereich

##### 3.1.1 Kennzahlen

Tabelle 7: Krankenanstalten- und Bettenstruktur in Österreich

	Anzahl Kranken- anstalten	in %	Anzahl Betten	in %
<b>nach Eigentümer (31. Dez 2002)</b>				
Bund	10	3,57%	580	0,85%
Länder	90	32,14%	35.690	52,49%
Gemeinden	38	13,57%	10.023	14,74%
Krankenkassen, UV und PV	41	14,64%	5.736	8,44%
Konfessionell	43	15,36%	11.054	16,26%
Vereine	14	5,00%	1.145	1,68%
Privatpersonen	44	15,71%	3.769	5,54%
zusammen	280	100,00%	67.997	100,00%
<b>nach Krankenhausstyp (31. Dez 2002)</b>				
Allgemein	117	42,09%	42.759	62,88%
Sonderkrankenanstalten	97	34,89%	14.767	21,72%
Heime für Genesende	5	1,80%	350	0,51%
Anstalten für chronisch Kranke	15	5,40%	2.421	3,56%
Entbindungsheime		0,00%		0,00%
Sanatorien	34	12,23%	2.715	3,99%
zusammen	268	96,40%	63.012	92,67%
Spitalsabteilungen in Pflegeheimen	10	3,60%	4.985	7,33%
insgesamt	278	100,00%	67.997	100,00%
<b>nach Größe (2001)</b>				
bis 200 Betten	188	67,00%	19.039	28,00%
200 - 500 Betten	73	26,07%	21.079	31,00%
500 - 999 Betten	19	6,79%	14.279	21,00%
über 1000 Betten	9	3,21%	13.599	20,00%
zusammen	280	100,00%	67.997	100,00%
<b>nach Öffentlichkeitsrecht (31. Dez 2002)</b>				
öffentlich	138	49,64%	48.219	70,91%
nicht öffentlich	140	50,36%	19.778	29,09%
zusammen	278	100,00%	67.997	100,00%

Quelle: Statistik Austria 2004, Tab 5.4-5.6; BMSG 2003, 8. Eigene Berechnungen.

Ende 2002 gab es in Österreich 280 Spitäler, davon waren 143 (51%) Fonds-Krankenanstalten, also solche, die über die Landesfonds finanziert werden<sup>4</sup>. In den fondsfinanzierten Krankenanstalten stehen ca 73% der Betten und fast 90% der stationären Aufenthalte finden in diesen Krankenanstalten statt (weitere Kennzahlen siehe nächsten Abschnitt).

Wie bereits erwähnt, gibt es in Österreich 6,2 Akutbetten pro 1.000 EinwohnerInnen. Das ist noch deutlich mehr als der OECD-Durchschnitt. Neben dem Vorschlag Betten abzubauen erscheint vor allem die Umwandlung in Geriatriebetten als notwendige Anpassung an die demografischen Herausforderungen. Ebenso wird es notwendig

<sup>4</sup> Die Klassifikation „öffentlich“ und „Fonds-Krankenanstalten“ ist nicht ganz deckungsgleich – 2002 gab es sieben Anstalten, die öffentlich, aber keine Fonds-Krankenanstalten waren und weitere 12, die zwar Fonds-Krankenanstalten, aber nicht öffentlich waren. Diese Einzelfälle sind allerdings auf die Bundesländer Wien, Kärnten und Steiermark beschränkt.

sein, ganze Spitäler einzusparen bzw sie auf ihre "Nahversorgung"-Kompetenzen zurückzubauen. Die Bedeutung regionaler Gesundheits- und Sozialzentren ist dabei gleichzeitig aufzuwerten. Einige wenige große Kompetenzzentren in Österreich sollten aber für die Spezialmedizin genügen. Dieser Vorschlag muss verständlicherweise auf den Widerstand der Landeshauptleute stoßen, für die Krankenanstalten neben ihrer Beschäftigungswirkung natürlich auch Prestigefunktion haben. Es wird hier also vorsichtiger politischer Verhandlungen bedürfen, um ein für Österreich insgesamt optimales Ergebnis zu erzielen.

Die Landesfonds werden von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung finanziert. Die Spitalsfinanzierung wird seit 1978 im Rahmen von auf der Verfassung basierenden, jeweils zeitlich befristeten Verträgen (Art 15a Vereinbarungen) zwischen dem Bund und den Bundesländern geregelt. Die jüngste dieser Vereinbarungen betrifft den Zeitraum 2001 bis 2004. Diese Vereinbarungen enthalten nicht nur Finanzierungsfestlegungen, sondern auch Vereinbarungen über die strukturelle Entwicklung der Spitäler und des Gesundheitswesens.

Tabelle 8 zeigt die Aufteilung der Mittel der Landesfonds nach den einzelnen Finanziers. Die Mittel des Bundes werden dabei in den auf Bundesebene eingerichteten Strukturfonds eingezahlt, der die in dem jeweils gültigen Vertrag vereinbarten Aufgaben wahrzunehmen hat. Die Mittel werden nach einem vereinbarten Aufteilungsschlüssel an die neun Landesfonds übermittelt. Hauptfinanziers dieser Landesfonds ist die Sozialversicherung, Länder und Gemeinden leisten ebenfalls einen Beitrag.

**Tabelle 8: Die Mindestmittel für die Landesfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung, 1999-2004**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Beiträge des Strukturfonds (Bund)						
1,416% des Umsatzsteueraufkommens	218	218	313	232	214	249
Sonstige Mittel	242	242	158	158	158	158
Beiträge der Länder						
0,949% des Umsatzsteueraufkommens	146	152	153	155	143	167
Beiträge der Gemeinden						
0,642% des Umsatzsteueraufkommens	99	103	104	105	97	113
Beiträge der Träger der Sozialversicherung						
an Strukturfonds (Budgetkonsolidierung)			84	84	84	84
an Länderfonds	2.811	2.896	2.994	3.080	3.194	3.290
Mittel gemäß GSBG			1.203	1.279	1.380	1.445
<b>Summe</b>	<b>3.516</b>	<b>3.611</b>	<b>5.009</b>	<b>5.093</b>	<b>5.270</b>	<b>5.505</b>

Quelle: Rechnungshof 2002; Hofmarcher; Rack 2001; Informationen aus BMF; eigene Berechnungen (kursiv geschriebene Zahlen sind geschätzt).

Laut Information aus dem BMF laufen zumindest seit der neuen Vereinbarung die GSBG-Mittel in voller Höhe buchhalterisch über die Landesfonds, während der klinische Mehraufwand außerhalb der Fonds vergütet wird. Die Zahlen für 2004 beruhen auf der jüngsten Umsatzsteuerschätzung. Aufgrund unterschiedlicher Regelungen ab 2001 ist ein Zeitvergleich allerdings nicht möglich.

Diese Mittel stellen allerdings nur Mindestmittel dar, Ausgaben, die darüber hinausgehen, sind von den Spitalserhaltern selbst zu tragen. Die Länder als wichtigste Spitalserhalter haben dabei sehr unterschiedliche Praktiken, wie die zusätzlichen Mittel an die Krankenanstalten kommen – während manche nach wie vor den Betriebsabgang decken, lassen andere die Ländermittel bereits in den

Landesfonds einfließen (siehe auch Hofmarcher; Rack 2001, 11f. bzw Hofmarcher *et al.* 2004). Es ist leider unmöglich, an das Insiderwissen zur Gebarung der einzelnen Landesfonds bzw der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften in den einzelnen Bundesländern heranzukommen. Einige Bundesländer (zB Oberösterreich, Kärnten, Steiermark) veröffentlichen – mit unterschiedlicher Qualität – die Daten im Internet. Andere wiederum, wozu auch Wien gehört, sehen die Daten als nicht der Öffentlichkeit zugänglich. Bedenkt man, dass es sich hier schließlich im Endeffekt um öffentliche Steuermittel handelt, ist dies eine durchaus zu kritisierende Praxis.

Das Gesundheitsministerium selbst ist bemüht, eine bundeseinheitliche Krankenhauskostenrechnung und daraus resultierend einen bundeseinheitlichen Rechnungsabschluss zu erreichen. Es wird daher versucht, gemeinsam mit Statistik Austria aggregierende Statistiken zum Gesundheitswesen und zur Krankenanstaltenfinanzierung zu erarbeiten. Diese wären auch gerade für die Finanzausgleichsverhandlungen von größter Bedeutung, da aufgrund der Ausgliederungen und Umklassifikationen eine große Datenlücke entstanden ist.

Die dem Finanzministerium vorliegenden Informationen zeichnen folgendes Bild (beruht auf einer schriftlichen Information aus dem BMF vom Mai 2004): Im Jahr 2002 betragen die laufenden Aufwendungen aller Landeskrankenanstalten 4,72 Mrd Euro, die Erlöse machten 3,56 Mrd Euro aus. Hinzu kommen Investitionen von rund 0,26 Mrd Euro, so dass der Finanzierungssaldo im Jahr 2002 1,42 Mrd Euro betrug. Etwa die Hälfte davon wurde durch Zuschüsse und Beihilfen der Länder finanziert, die andere Hälfte kommt aus Darlehen oder Auflösung von Rücklagen<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Sollten die Krankenanstalten durch EUROSTAT umklassifiziert werden, würden neben den bereits heute maastricht-wirksamen Zuschüssen und Beihilfen auch die Darlehensgewährungen und Rücklagenauflösungen maastricht-wirksam, was den Maastricht-Saldo der Länder um 0,3% bis 0,4% des BIP verschlechtern würde.

**Tabelle 9: Finanzierung des Betriebsabgangs der Krankenanstalten 2002**

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg
Aufwendungen	97.707	406.486	129.917	447.765	324.856
Erlöse	100.891	262.931	135.748	290.295	314.806
Investitionen	4.984	18.762	2.082	63.836	18.911
<b>Finanzierungssaldo</b>	<b>-1.800</b>	<b>-162.317</b>	<b>3.749</b>	<b>-221.306</b>	<b>-28.961</b>
Zuschüsse und Beihilfen		1.215		161.676	29.777
Darlehensgewährung		119.600	57.000		
Auflösung Investitionszuschüsse		4.161			
Auflösung Kapitalrücklagen				44.107	
Landeszuschuss		4.121			
Kreditaufnahme		64.928			
Summe	0	194.025	57.000	205.783	29.777
	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Osterreich
Aufwendungen	928.815	354.313	174.436	1.851.615	4.715.910
Erlöse	585.137	300.579	174.957	1.396.092	3.561.436
Investitionen	85.251	44.966	15.371	11.013	265.176
<b>Finanzierungssaldo</b>	<b>-428.929</b>	<b>-98.700</b>	<b>-14.850</b>	<b>-466.536</b>	<b>-1.419.650</b>
Zuschüsse und Beihilfen	96.801	90.831		370.651	750.951
Darlehensgewährung	203.500		6.500		386.600
Auflösung Investitionszuschüsse	76.440	15.255			95.856
Auflösung Kapitalrücklagen	37.781		9.817	126.000	217.705
Landeszuschuss					4.121
Kreditaufnahme					64.928
Summe	414.522	106.086	16.317	496.651	1.520.161

Quelle: Informationen aus BMF.

### 3.1.2 Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

In allen OECD Ländern kam es in den Neunzigern zu Kostendämpfungsmaßnahmen. Einerseits wurde die Zahl der Betten reduziert, andererseits wurde die Länge der Aufenthaltsdauer drastisch verringert. Im Durchschnitt sank die Aufenthaltsdauer für akute stationäre Versorgung in den OECD Ländern von 9,6 Tagen im Jahr 1985 auf 6,9 Tage im Jahr 2000. Besonders rasch fiel die Länge der Aufenthaltsdauer in diesem Zeitraum in den skandinavischen Ländern und in Frankreich und Österreich. Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass es sich offensichtlich nicht nur um verabsäumte Kapazitätsanpassungen handelt, sondern sie spiegelt auch das Wachstum der Möglichkeiten der Medizin und die gleichzeitige Steigerung der Produktionsintensität.

Auch in Österreich wurde spätestens seit 1997 versucht, durch eine tiefgreifende Finanzierungsreform den Krankenanstaltensektor als größtes Leistungssegment im Gesundheitswesen einer globalen Budgetkontrolle zu unterstellen und alle Financiers einzubinden. Dafür wurde die sogenannte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eingeführt (die Beschreibung folgt im wesentlichen BMGF 2004b).

Die Länder haben aufgrund der Bundesverfassung einen Versorgungsauftrag, der von den Eigentümern (Spitalserhaltern) umgesetzt wird. 1997 wurden die oben erwähnten Landesfonds zur Finanzierung der Spitäler errichtet. Die Fondskrankenanstalten erhalten nun für die stationären Leistungen aus den Landesfonds sogenannte „LKF-Gebührenersätze“, welche auf einem österreichweit

einheitlichen System der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) basiert. 2004 gibt es 874 solcher LDFs. Jeder davon ist eine bestimmte Punktezahl zugeordnet, wieviel Geld pro Punkt ausbezahlt wird, wird von den jeweiligen Landeskommissionen beschlossen. Zusätzlich zu diesem bundeseinheitlichen LKF-Kernbereich gibt es einen länderweit gestaltbaren LKF-Steuerungsbereich. In diesem können unter Bedachtnahme auf die länderspezifischen Erfordernisse folgende Kriterien im LKF-System Berücksichtigung finden: Krankenanstaltentyp, apparative Ausstattung, Auslastung, Personalfaktor, Bausubstanz, Hotelkomponente.

Die einzelnen Bundesländer haben dabei sehr unterschiedliche Praktiken, wie die Mittel zwischen Kern- und Steuerungsbereich aufgeteilt werden – Wien, Steiermark und Kärnten trennen die beiden Bereiche gar nicht, Oberösterreich wiederum dotiert nur den Kernbereich, die anderen Bundesländer haben unterschiedliche Aufteilungsschlüssel (Hofmarcher *et alii* 2004b). Durch diese unterschiedliche Handhabung droht die Bundeseinheitlichkeit der LKF wiederum aufgeweicht zu werden:

Der RH empfahl, im Zuge einer allfälligen Verlängerung der Reformvereinbarung sowohl das Finanzvolumen der Landesfonds als auch die Mittelverteilung gemäß Kern- und -steuerungsbereich bundesweit einheitlich festzulegen. Nach Ansicht des RH wäre es zweckmäßig, die Mittel aller Landesfonds überwiegend im Kernbereich zu verwenden. Zur besseren Vergleichbarkeit der Fondskrankenanstalten untereinander wären im Steuerungsbereich nur mehr finanzielle Ergänzungen bzw Beiträge des jeweiligen Landes zur Deckung des Betriebsabganges von Fondskrankenanstalten zu ersetzen. (Rechnungshof 2000, 12).

Die LKF kennt sowohl medizinische Einzelleistungen (MEL) als auch leistungsorientierte Fallpauschalen (LDF), wobei es in den vergangenen Jahren im Zuge der diversen Kalibrierungen immer mehr zu einer Verschiebung der Anteile in Richtung Einzelleistung kam (Hofmarcher *et al.* 2004b, 5). Die LDF-Pauschalen haben Leistungs- und Tageskomponenten mit eigenen Intensiv-Kostenzuschlägen pro Tag. Es werden dabei Verweildauerober- und –untergrenzen festgelegt. Das ganze System wird im Zuge eines Scoring-Verfahrens laufend angepasst.

Nach der neuesten Vereinbarung soll das LKF-Modell allerdings im Kernbereich grundsätzlich über mehrere Jahre, abgesehen von aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendiger Wartungsmaßnahmen, unverändert bleiben.

Insgesamt kann der österreichische Krankenanstaltensektor in den vergangenen Jahren als wesentlich marktnäher bezeichnet werden. So wurden beispielsweise in vielen Spitälern auch die Zuleistungen (wie Küche, Wäscherei, Putzdienste, etc.) ausgelagert oder die Spitäler wurden in privatrechtliche Gesellschaften umgewandelt, um die Handlungsspielräume für die leitenden Verantwortlichen zu erweitern.

### **3.1.3 Vergütung von Krankenhausleistungen – Ökonomische Theorie**

Breyer und Zweifel (1997, 344-359) untersuchen verschiedene Vergütungssysteme von Krankenhausleistungen auf drei verschiedene Effizienzkriterien:

- ◆ Technische Effizienz: Werden ineffiziente Faktormengen eingesetzt?
- ◆ Inputmix-Effizienz: Wird das richtige Faktoreinsatzverhältnis eingesetzt?
- ◆ Wird die maximale Behandlungsqualität erreicht?

Wird nach dem Selbstkostenprinzip vergütet, so muss keines der drei Ziele erreicht werden. Der Nutzen des Krankenhauses kann hier durch Erhöhung der Behandlungsqualität sowie durch Ressourcenverschwendung beliebig erhöht werden. Damit gibt es keine Anreize zur technischen Effizienz. Diese Tatsache, die im Prinzip zu einer unendlichen Kostensteigerung führen könnte, wird in der Praxis meist durch ein staatliches Regulativ eingedämmt. Da sich Personal- und Sacheinsatz nicht einheitlich reglementieren lassen, muss ein derartiger staatlicher Eingriff das Faktoreinsatzverhältnis verzerren. Die maximale Behandlungsqualität wird allerdings auf diese Weise erreicht.

Andere Ergebnisse erhält man, wenn man leistungsorientierte Vergütungssysteme wählt:

Ein festes Periodenbudget wird zu wenig Leistungen erbringen, um die maximale Behandlungsqualität zu erreichen. Prinzipiell ist Ressourcenverschwendung auch möglich, aber dies kann durch geeignete Wahl der Budgethöhe und einer Mindestqualität vermieden werden.

Ähnliches gilt für die Fallpauschale. Die Anreize, zu wenig Leistungen zu erbringen, sind aber etwas geringer als beim festen Budget.

Eine Pflergetagsvergütung führt dazu, dass zu viele Leistungen erbracht werden, als für das Erreichen der maximalen Behandlungsqualität notwendig wären. Faktoren bleiben auch brach liegen und es ist kein Anreiz zum effizienten Faktorenmix gegeben.

So bleiben Vergütungsmechanismen, die auf Preisbildungsmodi beruhen:

Die Kriterien Leistungsgerechtigkeit und Anreize zur Wirtschaftlichkeit lassen sich in Abwesenheit eines funktionierenden Marktmechanismus im Krankenhaussektor am ehesten in einem System administrierter Preise verwirklichen. Diese können sich an den durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Leistungseinheit über alle Krankenhäuser orientieren; jedoch sollte ein Anpassungsprozess dafür sorgen, dass dieser Durchschnitt sich im Lauf der Zeit an das Kostenminimum annähert. Dagegen werden Verhandlungspreise wegen der regional unterschiedlichen Wettbewerbssituation das Postulat der Leistungsgerechtigkeit weniger gut erfüllen und bei Vorliegen einer regionalen Monopolstellung auch keine Anreize zur Wirtschaftlichkeit vermitteln. (Breyer; Zweifel 1997, 359)

Das auf den ersten Blick ideal scheinende LKF-System enthält allerdings auch die Gefahr des *DRG creep* (Hofmarcher, Riedel 2001, 17ff) – es besteht ein Anreiz, Interpretationsspielräume systematisch zugunsten höher bewerteter Diagnosen auszunützen. Rund ein Viertel bis ein Drittel der Abrechnungsfälle werden im LKF auch tatsächlich deswegen sanktioniert (als Beispiel: seit Einführung der LKF lässt sich eine Zunahme der Komplikationen bei Geburten feststellen, was mit höheren Punktwerten verbunden ist).

### **3.1.4 Einschätzung der LKF in Hinblick auf die ökonomische Theorie – Reformoptionen**

Nach den eben zitierten Theorien ist der Abgang vom System der Pflgetagsvergütung sicher ein Fortschritt gewesen. Wie oben ausgeführt, muss dieses System zur Kostenexplosion führen, da zu viel Leistung für die optimale Behandlungsqualität erbracht wird (die Zahl der Belegstage ist zu hoch).

Im leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystem finden sich nun im Grunde zwei verschiedene idealtypische Vergütungsmechanismen. Der Kernbereich wird über administrierte Preise vergütet, wobei die Strukturkommission für die Anpassung dieser Preise zuständig ist. Dies ist laut Theorie die effizienteste Form der Vergütung und sollte daher auch Erfolge im Preis-Leistungsverhältnis mit sich bringen. Da aber nicht nur der Kernbereich die Höhe der Vergütung bestimmt, sondern auch der Steuerungsbereich einbezogen wird, muss es zu einer Abweichung vom Optimum kommen.

Die Krankenanstalten eines Bundeslandes insgesamt haben ein fixes Periodenbudget: Die Höhe der LKF-Gebühren richtet sich nach der Dotation des Landesfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel.

Hier besteht also nach der Theorie die Gefahr, dass die maximale Behandlungsqualität nicht ganz erreicht wird. Vor diesem Hintergrund wird vor allem aus patientenschutzpolitischer Sicht darauf zu achten sein, dass die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu Leistungsrationierungen führt und sowohl in pflegerischer als auch in medizinischer Hinsicht (zB „Auslagerung“ von Patienten) spitalsindizierte Fälle aus der Anstaltspflege herausfallen.

Gerade aus dieser Sicht scheint es also um so dringlicher, die Koordination zwischen intramuralem und extramuralem Bereich zu verbessern.

Wie sehr hat die LKF nun tatsächlich zur Kosteneinsparung beigetragen? Tabelle 10 gibt darauf Antwort.

**Tabelle 10: Leistungskennzahlen der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten im Zeitvergleich**

	Osterreich	Burgenland	Kärnten	Niederöst.	Oberöst.
<b>Betten</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	-1,08%	-0,80%	-0,69%	-1,36%	-1,04%
Wachstum p.a. 1991-1996	-0,88%	-0,85%	-0,96%	-1,01%	-0,75%
Wachstum p.a. 1997-2002	-1,25%	-0,70%	-0,75%	-1,72%	-0,93%
<b>stationäre Aufenthalte</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	2,99%	1,60%	3,80%	2,60%	2,73%
Wachstum p.a. 1991-1996	2,13%	1,46%	2,75%	1,53%	1,80%
Wachstum p.a. 1997-2002	3,16%	1,73%	3,99%	3,10%	3,35%
<b>Belegsdauer</b>					
Wachstum p.a. 1995-2002	-2,36%	-1,78%	-2,58%	-2,18%	-2,56%
Wachstum p.a. 1995-1996	-1,82%	-1,37%	-1,70%	-2,02%	-1,85%
Wachstum p.a. 1997-2002	-2,01%	-1,45%	-2,34%	-1,69%	-2,38%
<b>Kosten gesamt</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	5,35%	5,60%	5,48%	5,29%	5,24%
Wachstum p.a. 1991-1996	7,73%	7,62%	8,20%	7,39%	7,01%
Wachstum p.a. 1997-2002	3,74%	4,47%	3,33%	4,00%	4,13%
<b>Medikamentenkosten</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	5,46%	5,94%	6,49%	5,40%	5,49%
Wachstum p.a. 1991-1996	6,06%	4,43%	5,02%	6,10%	5,78%
Wachstum p.a. 1997-2002	5,50%	8,64%	8,70%	5,86%	5,63%
<b>Personalkosten</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	5,05%	4,98%	5,20%	5,32%	5,01%
Wachstum p.a. 1991-1996	7,53%	8,02%	8,63%	7,78%	6,71%
Wachstum p.a. 1997-2002	3,55%	2,69%	3,01%	3,64%	4,12%
<b>Personalzahlen</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	1,66%	1,13%	1,37%	1,86%	1,58%
Wachstum p.a. 1991-1996	3,19%	1,95%	2,80%	3,42%	2,35%
Wachstum p.a. 1997-2002	0,61%	0,57%	0,32%	0,57%	1,10%
	<b>Salzburg</b>	<b>Steierm.</b>	<b>Tirol</b>	<b>Vorarlb.</b>	<b>Wien</b>
<b>Betten</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	-1,01%	-2,02%	-0,98%	-0,75%	-0,52%
Wachstum p.a. 1991-1996	-1,18%	-1,49%	-1,94%	-0,93%	0,11%
Wachstum p.a. 1997-2002	-0,99%	-2,13%	-0,36%	-0,90%	-1,30%
<b>stationäre Aufenthalte</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	2,06%	1,56%	4,55%	3,41%	3,90%
Wachstum p.a. 1991-1996	1,01%	0,86%	3,31%	3,85%	3,15%
Wachstum p.a. 1997-2002	1,97%	1,91%	5,12%	3,31%	3,19%
<b>Belegsdauer</b>					
Wachstum p.a. 1995-2002	-2,19%	-3,09%	-1,91%	-2,03%	-2,07%
Wachstum p.a. 1995-1996	0,00%	-1,86%	-1,85%	-3,54%	-1,85%
Wachstum p.a. 1997-2002	-1,92%	-2,60%	-1,29%	-1,69%	-1,80%
<b>Kosten gesamt</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	5,46%	5,40%	5,80%	4,81%	5,30%
Wachstum p.a. 1991-1996	6,66%	7,30%	6,95%	6,15%	8,80%
Wachstum p.a. 1997-2002	4,70%	4,22%	4,62%	3,54%	2,95%
<b>Medikamentenkosten</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	5,46%	7,21%	7,33%	6,48%	3,73%
Wachstum p.a. 1991-1996	5,51%	8,29%	8,66%	7,25%	4,92%
Wachstum p.a. 1997-2002	6,29%	6,60%	6,18%	6,00%	3,24%
<b>Personalkosten</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	5,10%	5,00%	5,06%	4,91%	4,94%
Wachstum p.a. 1991-1996	7,65%	7,12%	6,96%	6,89%	7,95%
Wachstum p.a. 1997-2002	3,23%	3,72%	3,69%	3,53%	3,36%
<b>Personalzahlen</b>					
Wachstum p.a. 1991-2002	1,67%	1,82%	1,88%	0,77%	1,69%
Wachstum p.a. 1991-1996	3,01%	2,87%	2,20%	1,26%	4,38%
Wachstum p.a. 1997-2002	0,60%	1,25%	1,68%	0,36%	-0,13%

Quelle: BMGF 2004a.

Aus der Tabelle lassen sich folgende Entwicklungstrends ablesen:

- ◆ Der Bettenrückgang in den fondsfinanzierten Spitälern begann bereits Anfang der Neunziger, beschleunigte sich allerdings seit 1997. Seit Einführung der LKF hat sich vor allem in der Steiermark, Niederösterreich und Wien der Bettenrückgang beschleunigt (Wien ist dabei das einzige Bundesland, das Anfang der Neunziger noch ein Wachstum in der Bettenanzahl aufwies).



- ◆ Die stationären Aufenthalte stiegen bekanntlich seit Einführung der LKF an, wobei ihre Zahl einigermaßen konstant in Wien geblieben ist, während Niederösterreich, Oberösterreich und Tirol starke Steigerungsraten aufwiesen. In Vorarlberg ist die Zahl sogar etwas zurückgegangen.
- ◆ Die Belegsdauer ist im Österreichdurchschnitt seit 1997 etwas rascher als in den Jahren davor zurückgegangen, wobei die Abbauraten in Wien und dem Burgenland sich nach 1997 kaum von den Vorjahren unterschieden und in Niederösterreich, Tirol und Vorarlberg der Rückgang vor 1997 sogar rascher war als nach 1997.
- ◆ Die Spitalskosten gesamt sind seit Anfang der Neunziger mit durchschnittlichen Wachstumsrate von 5,4% gestiegen. Bei der Unterteilung nach Perioden zeigt sich, dass das Kostenwachstum vor 1997 größer war (1991 bis 1996 war das jährliche durchschnittliche Kostenwachstum 7,7%, von 1997 bis 2002 betrug es nur mehr 3,7% im Jahr). Diese Entwicklung gilt auch für alle Bundesländer einzeln.
- ◆ Die Medikamentenkosten weisen über den Gesamtzeitraum eine hohe Dynamik auf (durchschnittliche Wachstumsraten 1991-2002: , 1997-2002: ). Im Burgenland und Kärnten wachsen sie seit 1997 sogar stärker als vorher. In beiden Teilperioden wies Wien die niedrigste Kostendynamik bei den Medikamenten im Bundesländervergleich auf (mit Ausnahme des Burgenlandes, das 1991-96 ein geringeres Wachstum als Wien hatte).
- ◆ Die LKF hat eindeutig die Entwicklung der Personalkosten gebremst: Von 7,5% jährlichem Wachstum in der Vorperiode auf 3,5% jährlich 1997 bis 2002. Über diesem Österreich-Durchschnitt liegen Niederösterreich, Oberösterreich, die Steiermark und Tirol. Diese Eindämmung ist vor allem auf einen Mengeneffekt zurückzuführen: Seit 1997 stiegen die Personalzahlen nur mehr geringfügig an, in Wien sind sie sogar zurückgegangen. Lediglich Oberösterreich, die Steiermark und Tirol haben seit 1997 noch mehr als ein Prozent im Jahr Steigerung bei den Personalzahlen.

Man kann zusammenfassend also jedenfalls eine kostenbremsende Wirkung der LKF feststellen. Die Wachstumsraten liegen allerdings nach wie vor über dem BIP-Wachstum. Außerdem ist fraglich, ob eine Kosteneindämmung nur positiv zu bewerten ist. So gibt auch die OECD zu bedenken:

Die OECD gibt in Bezug auf die Kostensenkungspolitik bei den Spitälern allerdings zu bedenken:

Eine Verringerung der Verweildauer wird oft als ein Indikator für die Effizienz angesehen, da ein kürzere Aufenthalt – wenn alles andere gleich bleibt – die Kosten der Behandlung reduziert. Wenn der Aufenthalt jedoch zu kurz ist, kann das schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit, das Wohlergehen oder die Genesung des Patienten haben, was wiederum zu höheren Wiedereinlieferungsquoten führen könnte. (OECD 2003, 1)

Der Österreichische Krankenanstaltenplan (ÖKAP) sieht sehr ehrgeizige Ziele zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung vor:

- ◆ flächendeckende Akutversorgung
- ◆ aufeinander abgestimmte Krankenanstalten
- ◆ Verlagerung in den extramuralen Bereich
- ◆ Großgeräte nur mehr in bestimmten Krankenanstalten (Strukturqualitätskriterium)

Bislang kann noch nicht davon gesprochen werden, dass diese Ziele auch nur annähernd erreicht sind. Ihre Erreichung würde sicherlich zu einer weiteren Kosteneindämmung im stationären Bereich führen.

Insgesamt erscheint also eine Kombination aus Budgetierung und leistungsbezogener Abrechnung als sinnvoll und zeitgemäß. Allerdings ist das Prinzip der globalen Budgetkontrolle noch nicht in der Praxis umgesetzt. Durch die nach wie vor großen diskretionären Spielräume gehen für die Spitalerhalter die Anreize verloren, die Kosten tatsächlich bundeseinheitlich abzurechnen. Insofern ist zwischen den Willenserklärungen des Ministeriums und der tatsächlichen Praxis noch ein weiter Weg.

Ähnlich wird dies auch von Docteur und Oxley (2003, 33) gesehen: Vom Prinzip her sei die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung ein gutes System, in Österreich bestünde aber das Problem der ausgelagerten Budgets und daher des Auseinanderfallens von Leistungserbringung und Finanzverantwortlichkeit. Damit kann es zu einem Überangebot und zu überhöhter Kapitalintensität der Behandlungen kommen (Kapital ist für das einzelne Spital ja praktisch kostenlos).

## 3.2 Niedergelassener Bereich

### 3.2.1 Kennzahlen

Einschließlich der privaten Ausgaben geht ca ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben in die primäre Versorgung.

**Tabelle 11: ÄrztInnen in Österreich**

	2000	2001	2002	2003	in % st 2000
Zahnärzte	3.722	3.879	3.951	4.037	8,46%
angestellt	17.024	17.788	17.874	18.244	7,17%
Kassenärzte					
Allgemeinmediziner	4.529	4.583	4.373	4.346	-4,04%
Fachärzte	4.063	4.155	3.983	3.947	-2,86%

Quelle: Handbücher der österreichischen Sozialversicherung. Eigene Berechnungen.

2003 waren in Österreich 37.447 ÄrztInnen bei der Ärztekammer gemeldet, davon sind 4.037 ZahnärztInnen, 18.244 angestellt (davon wiederum 5.997 in Ausbildung). 14.186 ÄrztInnen waren frei praktizierend, 58% standen unter Kassenvertrag: 4.346 AllgemeinmedizinerInnen und 3.947 FachärztInnen<sup>6</sup>. Seit 2000 stieg zwar die Zahl der angestellten ÄrztInnen deutlich, die Zahl der FachärztInnen und vor allem der AllgemeinmedizinerInnen ist rückläufig. Dieser Trend kann wohl kaum als Stärkung des niedergelassenen Bereichs gegenüber dem Krankenhausbereich bezeichnet werden.

<sup>6</sup> In der folgenden Analyse werden ZahnärztInnen, PsychotherapeutInnen, Hebammen, Ambulatorien und die anderen Gesundheitsdienstleister nicht berücksichtigt (Details zu diesen Gruppen finden sich in Hofmarcher; Rack 2001).

Neben den niedergelassenen ÄrztInnen gibt es Notfall- und Akutversorgung (aber auch Nach- und Vorsorge) auch in 1.500 Spitalsambulanzen. Diese sind teilweise rund um die Uhr geöffnet und die Nachfrage nach ihnen ist im ständigen Steigen begriffen. Um diesen Trend einzudämmen wurde die inzwischen wieder abgeschaffte Ambulanzgebühr eingeführt, zielführender erscheint aber die Förderung von Gruppenpraxen (siehe weiter unten).

Jährlich wird im „Stellenplan“ zwischen Krankenkassen und Ärztekammer die Anzahl und regionale Verteilung der niedergelassenen KassenärztInnen ausgehandelt.

Das IHS hat Wien mit vergleichbaren deutschen und französischen Großstädten verglichen und kommt zu folgenden Schlüssen (Hofmarcher *et al.* 2002b): Österreich hat mit 304 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen eine niedrigere Ärztedichte als Deutschland (336) und Frankreich (311). Dies gilt auch für die KassenärztInnen (Österreich: 87, Deutschland 153, Frankreich hat keine KassenärztInnen im hieszulande gebräuchlichen Sinn). Im Großstadtvergleich bleibt Wien hinter Hamburg, Berlin, Lyon und Paris zurück. Es gilt aber jeweils, dass es einen deutlichen Überhang der Städte gegenüber dem Umland bzw dem ländlichen Raum gibt, der nicht allein durch eine Mitversorgung des näheren Umlandes zu erklären wäre. Der Überhang besteht insbesondere bei den FachärztInnen, was selbstverständlich auch mit der Tatsache zu tun hat, dass die medizinischen Fakultäten und die Universitätskliniken in den Städten sind.

Im niedergelassenen Bereich ist abgesehen von den Ausbildungsfragen die Planungs- und Regulierungskompetenz der Sozialversicherung sehr hoch. Immerhin fast 60% der freiberuflich tätigen ÄrztInnen (ohne ZahnärztInnen) wirken im Rahmen eines Vertragsverhältnisses zur sozialen Krankenversicherung. Vordergründig haben die Regierung bzw das Gesundheitsministerium keine Möglichkeit der Einflussnahme auf Vertragsabschlüsse zwischen der Sozialversicherung und der Ärztekammer (dass es durchaus die Möglichkeit der indirekten Einflussnahme gibt, zeigt der heurige Streit um den Wiener Kassenvertrag).

### **Exkurs Gruppenpraxen**

Durch die 58. ASVG-Novelle besteht seit 2002 die Möglichkeit der Errichtung von Gruppenpraxen – der Kassenvertrag wird hier nicht mehr einem einzelnen Arzt zuerkannt, sondern der Gruppenpraxis und deren Mitgliedern. Die Berufsbefugnis richtet sich dabei nach der Berufsbefugnis der an der Praxis beteiligten ÄrztInnen. Jeder Gesellschafter (Gruppenpraxen werden in Form der Offenen Erwerbsgesellschaft errichtet) ist für die Erfüllung seiner Berufs- und Standespflicht persönlich verantwortlich. Nicht möglich ist es sogenannte „Nachfolgeordinationen“ zu gründen (wo also eine ÄrztIn bei einer/m anderen angestellt wird).

Das online-Fachorgan *Universimed* nennt folgende Vor- und Nachteile von Gruppenpraxen (Stehlik; Fleimisch 2003):

Vorteile:

- ◆ Kostenersparnis durch gemeinsame Investitionen und gemeinsame Nutzung der Infrastruktur
- ◆ *economies of scale*
- ◆ Erhöhung und Stabilisierung des Einkommens
- ◆ Entlastung vom administrativem Aufwand und Konzentration auf die Medizin
- ◆ Befreiung aus der Isolation und bessere Medizin durch Teamarbeit
- ◆ Geregelter Arbeitszeit und Teilzeitarbeit
- ◆ Bessere Fortbildungsmöglichkeiten
- ◆ Abbau von Stressfaktoren und Erhöhung der Lebensqualität

Nachteile:

- ◆ Konsensfindung und Toleranzmangel
- ◆ Zeitaufwand für Koordination
- ◆ Kostenverteilung und Entschädigung (wie werden die Einnahmen auf ÄrztInnen mit unterschiedlicher PatientInnenzahl aufgeteilt)
- ◆ Verlust an Individualität, Einschränkung der Entscheidungsfreiheit

Neben diesen Vor- und Nachteilen für die ÄrztInnen bieten Gruppenpraxen für die PatientInnen die Möglichkeit längerer Öffnungszeiten, Wochenendbereitschaftsdienst und mehrere FachärztInnen unter einem Dach. Trotz großer Zustimmung von Seiten der ÄrztInnen und PatientInnen zu Gruppenpraxen scheint sich dieses Modell noch nicht sehr durchgesetzt zu haben, was vor allem Kostengründe haben dürfte. Die steirische Ärztekammer weist darauf hin, dass erst eine ausreichende Zahl von Gruppenpraxen zu einer Entlastung des stationären Sektors (insbesondere der Spitalsambulanzen) führen würde. Auch der Hauptverband befürchtet Kostensteigerungen durch Gruppenpraxen.

### **3.2.2 Honorierungsformen im niedergelassenen Bereich – Ökonomische Theorie**

Im wesentlichen gibt es drei gängige Möglichkeiten der Ärztehonorierung: Einzelleistungsvergütung („fee-for-service“), Fallpauschale („capitation“) und in integrierten Gesundheitssystemen Löhne für angestellte ÄrztInnen.

Letztere haben den Vorteil, dass der Financier die Kosten kontrollieren kann, als Nachteil wird gesehen, dass unter Umständen zu wenig Leistungen angeboten werden bzw die Überweisungsraten an andere ÄrztInnen steigen. Insgesamt ist dieses System ohne weitere Anreize zu wenig patientInnenorientiert.

Bei der Einzelleistung kann die/der ÄrztIn vollkommen autonom über das Leistungsniveau entscheiden (was bei guten ÄrztInnen natürlich ein Vorteil ist), es besteht aber jedenfalls der Anreiz zu viele und zu teure Leistungen zu erbringen und zu viele Leistungen selbst erbringen zu wollen (also notwendige Überweisungen an SpezialistInnen nicht vorzunehmen). Ökonomisch verkomplizierend gesagt:

Bei einer Einzelleistungs-Vergütung wird das vom Arzt gewählte Niveau des Heilerfolgs genau dann kostenminimierend produziert, wenn das Verhältnis der Vergütungssätze für die Einzelleistungen (zufällig!) gerade dem Verhältnis der Grenzproduktivitäten dieser Leistungen bei der „Produktion“ von

Gesundheit entspricht. In allen anderen Fällen erhält der Arzt durch die Gebührenordnung einen Anreiz, eine Kombination von Einzelleistungen zu erbringen, die nicht kostenminimal ist. (Breyer; Zweifel 1997, 268)

Bei der Fallpauschale kann der Financier die Gesamtkosten kontrollieren (indem die Pauschale einfach mit der Zahl der Krankenversicherten multipliziert wird), es besteht aber ein gewisser Anreiz, zu viele PatientInnen anzunehmen und dafür zu wenig Leistung zu erbringen. Außerdem ist nicht garantiert, dass der vom Arzt als optimal gesehene Behandlungserfolg auch unbedingt dem von der Gesellschaft gewünschten Heilerfolg entspricht (Breyer; Zweifel 1997, 269)

Das Honorierungssystem darf also nicht zu stark inputorientiert sein und muss positiv vom Output abhängen. Dies ist der Fall bei einer Vergütung nach der Zahl der eingeschriebenen PatientInnen:

Die Vergütung nach der Zahl eingeschriebener Patienten kann alle drei oben genannten Effizienzkriterien erfüllen: Sie veranlasst den Arzt zur Produktions- und Behandlungseffizienz und bei geeigneter Höhe des Vergütungssatzes auch zur Wahl des gesellschaftlich gewünschten Heilerfolgs. (Breyer; Zweifel 1997, 271)

Man könnte sich die Frage stellen, ob die in Österreich vor der Einführung der Krankenscheingebühr gängige Praxis, beim praktischen Arzt den Krankenschein vorbeizubringen, nach dieser Argumentation nicht ökonomisch optimal gewesen ist. Wichtig dabei ist jedenfalls, dass die Einschreibung nur für eine bestimmte Periode gilt, um das Prinzip der freien Arztwahl nicht zu sehr zu untergraben.

Alle genannten Systeme haben aber ihre praktischen Probleme, weil die Anreizwirkungen noch nicht ganz stimmen: Bei der Zahl der eingeschriebenen Patienten wird der Arzt jede/n PatientIn am „Durchschnitt“ messen. Zu teure Patienten werden abgewiesen bzw ans Krankenhaus direkt weiterverwiesen. Dem könnte nur entgegengewirkt werden, wenn es auch im ambulanten Bereich eine differenzierte Vergütung gibt (beispielsweise könnte die Pauschale für ältere PatientInnen höher sein) bzw wenn einige Leistungen doch auf Einzelleistungsvergütungsbasis erbracht werden. Spezialisten hingegen können fast nur auf Einzelleistungsvergütungsbasis entlohnt werden. Insofern empfehlen auch Docteur und Oxley (2003, 28) gemischte Systeme – Fallpauschalen mit einem gewissen Einzelleistungsanteil, wobei die freie Arztwahl als wichtig und effizienzsteigernd angesehen wird.

**Tabelle 12: Zahlungsmechanismen für ÄrztInnen und ihre Anreize**

Zahlungsmechanismus	Anzahl PatientInnen erhöhen	Behandlungen pro vergütbarer Einheit reduzieren	Krankheit schwerer angeben als sie tatsächlich ist	Gesündere PatientInnen wählen
Vergütung von Einzelleistungen	ja	nein	ja	nein
Gehalt	nein	---	---	ja
Gehalt + Bonus für Anzahl der PatientInnen	ja	---	---	ja
Kopfpauschale	ja	ja	nein	ja

Quelle: Hofmarcher *et al.* 2002, 10.

Derzeit sehen die Honorierungsverträge in Österreich Grundleistungspauschale vor, die für jeweils drei Monate unabhängig von der Frequenz der Inanspruchnahme (Voraussetzung ist allerdings mindestens ein Arztkontakt im Quartal) ausbezahlt werden. Ihre Höhe ist nach Fachgebiet und Bundesland unterschiedlich und ist in manchen Bundesländern sogar degressiv ausgestaltet. Manche der Sonderversicherungen haben allerdings nach wie vor eine Einzelleistungshonorierung.

Fraglich bleibt allerdings, ob die Gesetzesänderungen in Österreich seit Anfang der Neunziger Jahre die Effizienz in der Aufteilung zwischen verschiedenen Institutionen verbessern konnten. Die Krankenscheingebühr führt einfach zu einer Minderbeanspruchung des Gesundheitssystems. Wie sehr dies langfristig kostensenkend ist, ist heute nicht abzusehen. Es ist auch nicht wirklich nachvollziehbar, dass aufgrund dieser Gebühr ein höheres Kostenbewusstsein der PatientInnen geweckt wird. Nach wie vor hat man keine Informationssysteme, wieviel welche Leistung und wieviel welcher Erbringer dieser Leistung kostet.

Die Einschränkung der Wahl zwischen Wahl- und VertragsärztInnen hilft den Versicherern, Vertragspartner zu finden. Aus Sicht der PatientInnen wird der (wünschenswerte) Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern eingeschränkt.

### **3.2.3 Reformoptionen**

Reformüberlegungen im niedergelassenen Bereich müssen vor allem organisatorischer Natur sein. Der Streit um den Wiener Kassenvertrag hat gezeigt, dass nur vordergründig zu hohe Ärztehonoreare geltend gemacht werden können.

Im Durchschnitt verdienen ÄrztInnen natürlich sehr viel, allerdings gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Sparten und auch zwischen Männern und Frauen (siehe auch Streissler 2003b). Man könnte selbstverständlich grundsätzlich thematisieren, ob hier das Einkommensverhältnis zu anderen ArbeitnehmerInnen im Gesundheitsbereich berechtigt ist, Tatsache bleibt, dass auch ÄrztInnen das Recht haben müssen, jährliche Einkommensanpassungen zumindest nahe der Inflationsrate zu haben. Zusätzlich bemühen sich die Gebietskrankenkassen, dass die jährlichen Tarifsteigerungen unter Berücksichtigung der Frequenzsteigerung nicht über der Beitragseinnahmensteigerung liegen.

Bereits 1993 hat der Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen in einer leider unveröffentlicht gebliebenen Studie gefordert, die ambulanten Honorierungssysteme analog der stationären zu gestalten. Auch die Leistungshonorierung von Ambulanzen dürfte diese nicht gegenüber niedergelassenen ÄrztInnen bevorzugen.

Eine Anpassung des Honorierungssystems für niedergelassene ÄrztInnen an das im stationären Bereich übliche Diagnosefallsystem ist sicherlich sinnvoll und führt zu Vereinheitlichung. Der Bund und die Bundesländer haben sich darauf geeinigt, auch

im ambulanten Bereich eine geeignete Diagnose- und Leistungsdokumentation zu erproben, für die ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog entwickelt werden soll.

Wie ausgeführt, muss es sich dabei wohl um eine Mischung aus Fallpauschale und Abgeltung individueller Zusatzleistungen handeln. Diese Zusatzleistungen müssen ebenso wie die Verschreibepaxis von Arzneien stark qualitätsgesichert werden, um das Problem der anbieterinduzierten Nachfrage zu vermeiden.

Es wäre auch dringend notwendig (und hier ist vor allem die Landesvertretung gefordert), Maßnahmen zur Abschaffung der „Kuvertmedizin“ zu finden. Diese Praxis der Zweiklassenmedizin durch die Hintertür entzieht sich der Qualitätssicherung und der integrierten Gesamtplanung und ist daher nicht nur ethisch zu verurteilen, sondern auch aus ökonomischen Gründen fragwürdig.

Im nächsten Abschnitt wird genau auf das „Gatekeeper“- bzw. Hausarztmodell eingegangen, das die tiefgreifendste Reformoption darstellt. Kürzerfristig ginge es vor allem um die Stärkung der bereits erwähnten Gruppenpraxen, um das System patientInnenfreundlicher zu machen und um den stationären Bereich bzw. die Spitalsambulanzen spürbar zu entlasten.

Trotz aller Einsparungsbemühungen muss allerdings auch gesehen werden, dass an der Menge der niedergelassenen ÄrztInnen (insbesondere im praktischen Bereich) nicht eingespart werden dürfte ebenso wie es nicht zu weniger Kassenverträgen kommen kann. Die Erkenntnis, dass heute WahlärztInnen die wichtige Funktion der Zuwendungsmedizin übernehmen (Wintgen-Samhaber 2004, 97), sollte eigentlich dazu führen, dass auch therapeutische Gespräche kassenärztlich honoriert werden. Es kann nämlich nicht angehen, dass nur PatientInnen, die es sich leisten können, Wertschätzung und aktive Mitbestimmung eingeräumt wird.

Wie im Abschnitt über Organisationsfragen genau dargestellt werden wird, ist jedenfalls eine ganzheitliche, integrative Reform des Gesundheitswesens notwendig, um zu vermeiden, dass PatientInnen in unüberschaubare Leistungsketten geschoben werden und um klare Finanzierungszuständigkeiten zu haben.

### **3.3 Arzneimittel**

#### **3.3.1 Kennzahlen**

2003 versorgten 1.150 öffentliche Apotheken und 971 hausapothekenführende ÄrztInnen die Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Etwas mehr als 90% aller sich in Österreich im Umlauf befindlichen Arzneimittel sind zugelassen, davon sind etwa 60% rezeptpflichtig bei leicht rückläufiger Tendenz (Hofmarcher; Rack 2001, 87). 3.049 Arzneyspezialitäten sind derzeit im Heilmittelverzeichnis angeführt.

Im Jahr 2002 wurden anteilmäßig am meisten Medikamente für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (inklusive der Gefäßtherapeutika) verschrieben (27,6%), gefolgt von Magen-Darm-Therapeutika (7,7%), Psychopharmaka (7,5%), Antirheumatika (6,2%), Antibiotika (5,8%) und Asthmamittel (3,6%) (Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2004, 38f).

In Österreich unterliegen alle Produktions- und Distributionsstufen des Pharmamarktes einer staatlichen Preisregelung. Das Bundesinstitut für Arzneimittel unterstützt das Gesundheitsministerium bei der Zulassung neuer Arzneimittel. Alle Arzneimittel haben einen staatlich festgelegten Höchstpreis. Bis 1999 wurde dieser nach Angabe der Kosten des Herstellers unter Zuhilfenahme von Vergleichen mit anderen festgelegt, seither gilt der vom Hersteller gemeldete Preis als Höchstpreis (der im Prinzip noch beeinsprucht werden kann<sup>7</sup>). Auf diesen Preis werden die durch Verordnung festgelegten und degressiv gestalteten maximalen Großhandelsaufschlagsätze und Apothekenzuschläge (geregelt in der Österreichischen Arzneitaxe) aufgeschlagen.

Bereits seit Anfang der 1990 gibt es laufend aber erfolglos Bemühungen, die Kostenentwicklung von Arzneimitteln unter der allgemeinen Preisentwicklung zu halten. 1998 trat eine neue Verfahrensordnung für die Erstellung des Heilmittelverzeichnisses in Kraft, die zu Preissenkungen auf allen Preisstufen führte (Hofmarcher; Rack 2001, 29). Seither steigen die Preise aber wieder deutlich nach oben an.

**Tabelle 13: Entwicklung der Medikamentenkosten seit 1997**

	Zahl der Verordnungen	Steigerung zum Vorjahr	Ausgaben	Steigerung zum Vorjahr	Kosten pro Verordnung	Steigerung zum Vorjahr
1997	91.885.232		1.210.099.489		13,17	
1998	96.403.598	4,92%	1.372.017.907	13,38%	14,23	8,07%
1999	101.405.922	5,19%	1.552.533.448	13,16%	15,31	7,57%
2000	101.432.457	0,03%	1.643.869.392	5,88%	16,21	5,86%
2001	98.453.822	-2,94%	1.721.685.171	4,73%	17,49	7,90%
2002	99.129.812	0,69%	1.835.683.190	6,62%	18,52	5,89%

Quelle: Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung. Eigene Berechnungen.

Bei der Ausgabensteigerung zeigt sich ein klarer Preiseffekt: Die Ausgaben steigen wesentlich stärker als die Zahl der Verordnungen. Dies hängt damit zusammen, dass die vorgeblich innovativeren Heilmittel vor allem teurere Arzneimittel sind.

Neben den Gesundheitstechnologien waren es laut OECD (OECD 2003a) vor allem die Ausgaben für Arzneimittel, die im vergangenen Jahrzehnt für die Kostendynamik im Gesundheitswesen verantwortlich waren, was vor allem die Einführung neuer und teurerer Medikamente widerspiegelt.

<sup>7</sup> So konnten sich der Hauptverband und Pharmaindustrie 2003 für rund 398 Arzneispezialitäten auf Preisreduktionen beim Fabrikabgabepreis einigen (was einer Einsparung von 39 Mio Euro entsprach).



### 3.3.2 *Arzneimittelpreise in der ökonomischen Theorie*

Die neoklassische Lehre gibt im Bereich der Pharmaindustrie nur wenige Anhaltspunkte, wie Rationalisierung und Kostendämpfung herbeigeführt werden könnten. Da es sich hier um einen „privatwirtschaftlichen“ Bereich handelt, werden Regulierungen besonders misstrauisch beäugt. Schützenswert sind aus dieser Sichtweise die Patente, um den Pharmaunternehmen einen Anreiz zu bieten, in teure Innovationen zu investieren. Die effektive Patentdauer ist in den vergangenen Jahrzehnten kürzer geworden, da die klinische Phase der Medikamententwicklung immer länger wird. Da es zu keiner Ausdehnung der Patentdauer kommt, kann angenommen werden, dass die Gesellschaft den sozialen Nutzen intensiver Innovationsanstrengungen eher skeptisch sieht (Breyer; Zweifel 1997, 384). Auf EU-Ebene geht der Trend derzeit allerdings wieder eher in Richtung eines Ausbaus des Patentschutzes und in Richtung Bevorzugung von innovativen Produkten.

Laut Breyer und Zweifel (1997, 387) werden pharmazeutische Innovationen zu Preisen lanciert, die ein Vielfaches über dem Preisniveau bestehender Präparate liegen. Der Preiszuschlag nimmt aber im Verlauf der Zeit ab, und auch die Streuung der Preise geht zurück.

Es gibt mehrere Gründe, warum Preise für Pharmazeutika über theoretischen Wettbewerbspreisen liegen:

- ◆ Der Innovationsprozess verursacht hohe Kosten für die Pharmaunternehmen, die sie auch auf eingeführte Produkte aufschlagen müssen (vor allem vor dem Hintergrund, dass ja nur ein Bruchteil der Produktpalette eines Pharmaunternehmens erfolgreiche Präparate werden).
- ◆ Unter anderem aus dieser Kostenstruktur resultiert ein relativ hoher Monopolisierungsgrad der Pharmaindustrie, der ebenfalls zu überhöhten Preisen führt.
- ◆ Die amerikanische Verbraucherschutzorganisation *Public Citizen* zeigte allerdings für US-amerikanische Pharmaunternehmen, dass die hohen Kosten nur zu einem Teil aus F&E resultieren, sondern dass ein ebenso wichtiger Kostenfaktor das Marketing ist (Probst 2003, 54).

Da es dem Konsumenten kaum möglich ist, über die Qualität des Produktes genügend Informationen zu besitzen, ist er auf Beratung durch Arzt oder Apotheker angewiesen. Kommt es hier zu Koalitionen dieser Gruppen mit der Pharmaindustrie, kann es zu keiner marktwirtschaftlichen Preissetzung mehr kommen.

### 3.3.3 *Reformoptionen*

Da in der gesamten Europäischen Union in den Neunziger Jahren die Arzneimittelausgaben rasant angestiegen sind (in Österreich beträgt die Kostensteigerung von 1997 bis 2002 51,5%, Probst 2004) und im Allgemeinen den drittgrößten Posten der Gesundheitsbudgets darstellen, wurden überall Maßnahmen ergriffen, diese einzudämmen. Diese zeichneten sich durch eine Vielzahl an Strategien aus, die sowohl die Preis- als auch die Mengekomponente betrafen. Die

gängigste Maßnahme war dabei allerdings die Verlagerung der Kosten von den öffentlichen Haushalten auf den privaten Bereich:

Den Preis für den „Erfolg“ der Sparmaßnahmen, also die Kostendämpfung bei den öffentlichen Arzneimittelausgaben, mussten die Patienten zahlen: Auf diese wurden die Ausgaben für Arzneimittel mittels höhere Zuzahlungen und/oder verstärkter Selbstmedikation abgewälzt. (Rosian *et al.* 2001b, V),

Bereits heute gibt es in Österreich eine klare Richtlinie zur ökonomischen Verschreibeweise. Sie sieht im Prinzip vor, dass bei Nichteinhaltung die entstehenden Differenzkosten zurückgefordert werden können.

Markenarzneien haben auch nach Patentablauf noch einen Marktvorteil wegen des starken Marketings der Pharmafirmen und einer gewissen „Loyalität“ der ÄrztInnen (Docteur; Oxley 2003, Fußnote 65), daher müssen spezielle Anreize gesetzt werden, um Generika bzw jene Arzneien, die am billigsten den gleichen Wirkstoff haben (*aut idem*), zu forcieren. Regelungen hierzu gibt es in den europäischen Ländern seit Anfang der Neunziger (Deutschland 1989, Dänemark und Schweden 1993, Niederlande 1996). In Österreich kommen Generika dann ins Heilmittelverzeichnis, wenn das Präparat bei gleicher Wirkung um wenigstens 30% unter dem Preis des Originalpräparates liegt.

Der Hauptverband plant neben der Förderung von Generika noch eine Anzahl weiterer Strukturänderungen, um die Kosten zu dämpfen. Dies betrifft in erster Linie die Senkung der Handelsspannen, wogegen die Apothekerkammer Sturm läuft. Konsens scheinen hingegen andere Maßnahmen zu finden, allen voran die Senkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel. Diese macht in Österreich 20% aus und wird nur von Dänemark mit 25% übertroffen, Deutschland hat 16%, alle anderen EU-Ländern liegen unter 10%. Irland, Großbritannien und Schweden heben überhaupt keine Umsatzsteuer auf Arzneimittel ein, so dass der EU-Durchschnitt bei 7,35 liegt.

Auch das von der Apothekerkammer vorgeschlagene „Grüne Rezept“, auf dem der Arzt nicht Arzneimittel, sondern alternative Behandlungswege (wie Diäten oder Hausmittel) „verschreibt“, könnte zu Kostensenkungen führen. Vom Hauptverband kommt weiters der Vorschlag eines neuen Erstattungsmodells, dem „Boxensystem“: Danach kommen Arzneien, für die noch kein europäischer Durchschnittspreis existiert (das sind chefarztpflichtige und neue Arzneimittel) in die „Red Box“. Dort soll ein europäischer Durchschnittspreis ermittelt werden. Sobald dieser feststeht, kommt das betreffende Medikament für zwölf Monate in die „Yellow Box“. In diesem Zulassungsverfahren wird geprüft, ob das Präparat einen medizinischen Mehrnutzen besitzt. Bei positivem Entscheid landet das neue Medikament schließlich in der „Green Box“, womit es zur Verschreibung ohne Mengenbeschränkung freigegeben wird. Der Hauptverband plant dabei allerdings, dass die notwendigen kassenärztlichen Bewilligungen durch den Arzt und nicht durch die PatientInnen einzuholen sind.

## 4 Organisationsfragen

### 4.1 Schnittstellenproblematik

Unter Schnittstelle im Gesundheitswesen sind Unterbrechungen des Behandlungsverlaufs durch den Wechsel von einer zu einer anderen Versorgungsebene zu verstehen. Versorgungsebenen sind niedergelassene Ärzte, Ambulatorien, Spitalsambulanzen und Spitäler. Bei den niedergelassenen Ärzten muss zwischen praktischen und Fachärzten unterschieden werden.

Solche Schnittstellen bestehen in allen Gesundheitssystemen - in staatlichen wie in Sozialversicherungssystemen. Das österreichische Gesundheitssystem weist aber in der Versorgungsorganisation einen relativ hohen Spezialisierungsgrad auf. In anderen Ländern übernehmen beispielsweise Spitäler die fachärztliche Versorgung der Bevölkerung. In Österreich wird sie bekanntlich auch extramural durchgeführt.

Welche Schnittstellenprobleme können nun auftreten und wie lassen sie sich mit dem Ziel der Kostendämpfung im Gesundheitswesen in Einklang bringen? Wie lassen sie sich patientenfreundlich „überbrücken“?

Es soll zwischen zwei Aspekten unterschieden werden. Beim ersten finden Diagnostik und Therapie zwar auf den „richtigen“ Versorgungsstufen statt, aber der Wechsel erfolgt mit zeitlichen Verzögerungen, wodurch den PatientInnen ein ökonomischer und/oder gesundheitlicher Schaden erwachsen kann (zB bei Notfällen). Der Wechsel kann auch unkoordiniert verlaufen, dh zwischen den „richtigen“ Versorgungsebenen fehlt es an Informationen, ärztliche und Laborleistungen werden unnötigerweise wiederholt. Eine bessere Kommunikation kann Abhilfe schaffen.

Beim zweiten Aspekt werden „falsche“ Versorgungsebenen in Anspruch genommen. Sie sind ungeeignet, weil die entsprechende Leistung nicht qualitativ gleichwertig oder zwar qualitativ gleichwertig, aber nicht kostengünstiger erbracht werden kann.

Ausgehend davon, dass es nach dem Grad der Spezialisierung gegliederte Versorgungsebene gibt, sollten Erkrankungen minderen Grades von praktischen ÄrztInnen, komplexere Erkrankungen von SpezialistInnen und dort, wo Pflege erforderlich ist, in Spitälern behandelt werden. Idealerweise müsste auf allen Ebenen nach indikationsbezogenen Qualitätsstandards vorgegangen werden. Konsequenter wäre auch eine indikationsorientierte Leistungshonorierung.

Hierbei treten eine Reihe von Probleme auf:

Es gibt keinen „Navigator“, der den PatientInnen den geeigneten Weg weist; daher passiert es, dass auf der falschen Versorgungsebene „gearbeitet“ wird (zB bei praktischen Ärzten statt bei Fachärzten und vice versa, stationär statt ambulant). Auf

der einen Seite hat der Patient prinzipiell den Vorteil eines freien Zugangs zur Behandlungsstelle. Dieser Zugang könnte durch ein „gate-keeping“ oder durch ein Einschreibsystem ersetzt oder ergänzt werden. Ein derartiges System macht allerdings Kenntnisse im Case-management nicht überflüssig, die jeder Arzt bzw jede Behandlungsstelle aufweisen sollte.

Es stellt sich grundsätzlich die Frage, welche Versorgungsebene die qualitativ adäquate ist, dh es muss eine Grenze gezogen werden, die immer mehr oder weniger willkürlich ist. Angenommen es kommt ein Konsens darüber zustande. Dann erhebt sich die für die Effizienz des Gesundheitssystems nicht uninteressante Frage, welche von zwei in Frage kommenden Stufen die kostengünstigere ist. Diese Frage stellt sich insbesondere im Kontext niedergelassener Facharzt oder Spitalsambulanz (wenn die Spitalsambulanz Leistungen erbringt, die von niedergelassenen Fachärzten ebenfalls erbracht werden können). Zwischen diesen beiden Stufen gibt es nicht immer ein Über- bzw Unterordnungsverhältnis gibt, sondern eine qualitative Gleichrangigkeit im Sinne einer prinzipiellen Äquivalenz der Behandlung. Versorgungspolitisch gesehen wäre der Ausschluss fachärztlicher Betreuung durch Ambulanzen (Nacht- und Wochenenddienst!) fatal. Da 50 % der Ambulanzpatienten diese Versorgungsstufe ohne Zwischenschaltung extramuraler Ärzten aufsucht, ist es naheliegend zu fragen, ob es nicht ökonomisch sinnvoll wäre, im Rahmen einer Leistungsangebotsplanung alternative extramurale Behandlungsstellen mit ähnlich günstigen Öffnungszeiten anzubieten (Gruppenpraxen) und/oder Spitalsambulanzen noch weiter auszubauen. Sinnvoll wäre es allerdings für Ambulanzen, einen spezifischen Leistungskatalog zu definieren, der die Arbeitsteilung zwischen Fachärzten und Ambulanzen festlegt und den Zugang zu Fachärzten durch günstigere Öffnungszeiten erleichtert.

Bekanntlich gibt es im gesundheitspolitischen Diskurs die sich hartnäckig haltende Auffassung, dass die intramurale Versorgung durch Spitalsambulanzen stets die teurere Variante ist. Tatsächlich fehlt es dazu an einschlägigen Untersuchungen. Aus Sicht der Kassen könnte die Spitalsambulanz aufgrund der Skaleneffekte sogar günstiger sein als beispielsweise mehrmalige Besuche bei einem Facharzt. Auch volkswirtschaftlich gesehen dürfte die Spitalsambulanz kostengünstiger liegen. Eine Kostenstellenrechnung verglichen mit jener des niedergelassenen Facharztes könnte wichtige Aufschlüsse bieten. Derzeit wird der Ambulanzbereich der Spitäler von der „Deckelung“ erfasst.

Qualitätsstandards (Behandlungs-*guide-lines*) sind ein wertvoller Beitrag zu einem effizienten Gesundheitswesens. Gingen die Ärzte nach den Konsensus-Papieren der Fachgesellschaften, nach den Ergebnissen von Qualitätszirkeln etc vor, würden sich vor allem beachtliche Einsparungen bei Heilmitteln ergeben (siehe auch die Initiative „Arznei und Vernunft“ des Hauptverbandes). In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, dass ein nicht unerheblicher Teil medizinischer Maßnahmen unnötig oder unwirksam ist, es kostengünstigere Behandlungsverfahren als die gewählten gibt

und auch bei gegebenen Behandlungsmethoden noch Kosten gesenkt (zB hinsichtlich der stationären Verweildauer) werden könnten.

#### **4.2 Die Stärkung der praktischen ÄrztInnen**

Was könnte nun zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs getan werden?

In etlichen Ländern wurden zur Lösung der Schnittstellenproblematik sogenannte „integrierte Systeme“ ausprobiert, die bezüglich der Überweisungsraten durchaus Erfolge zeigten:

In den Niederlanden wurde ein Bonus-Malus-System eingeführt: Wenn praktische ÄrztInnen ihre PatientInnen weniger häufig als ein bestimmtes Durchschnittsmaß weiterverweisen, erhalten sie einen Bonus. Dieses System erwies sich als sehr erfolgreich; die Überweisungen sanken deutlich, Belegstage in den Spitälern sowie Medikamentenverschreibungen gingen ebenfalls zurück.

In Großbritannien erhalten die praktischen Ärzte Budgets, aus denen sie Facharztleistungen sowie Krankenhausleistungen zukaufen können. Man hofft damit, einen internen Markt zu schaffen. Da diese Budgets unabhängig von den anderen Gesundheitsausgaben verwaltet werden, können die praktischen Ärzte nicht an den durch sie erzielten Einsparungen in anderen Bereichen partizipieren. Dennoch versuchen sie im Rahmen ihrer Budgets möglichst viele Patienten zu gewinnen und agieren dennoch kosteneffektiv und behandlungsoptimal. Unter der Labour-Regierung wurde das britische *Fundholder*-System von einem kompetitiven in ein kooperatives umgewandelt: Nicht mehr einzelne AllgemeinmedizinerInnen sondern Zusammenschlüsse von *primary care groups* verwalten die Budgets ihrer PatientInnen.

Schweden hat ein ähnliches System: Dort werden den örtlichen Gesundheitsbezirken Budgets zugewiesen, wobei die praktischen Ärzte wesentlichen Einfluss auf die Verwendung dieser Gelder haben, vor allem was die Verträge mit Spitälern und Fachärzten betrifft.

Bei diesen integrierten Systemen gibt es aber auch Probleme. So treten häufig lange Patienten-Wartelisten auf<sup>8</sup>. Vielfach ist es auch problematisch, extramurale Pflegeplätze für Personen zu finden, die nicht mehr der Spitalpflege bedürfen. Auch hier gibt es allerdings Möglichkeiten, über Regulierung und finanzielle Anreize für die betroffenen Institutionen die Schwierigkeiten abzufedern.

---

<sup>8</sup> Cutler (2002, 894) erklärt dies damit, dass gerade integrierte Systeme einen besonders hohen Regulierungsbedarf hätten. Dies führt dazu, dass eine weitgehend uneingeschränkte Nachfrage einem engen Angebot gegenüber steht. Dieses Problem führt zB in Großbritannien dazu, dass bis zu 20% der BritInnen privat zusatzversichert sind, um so die Warteschlangen zu vermeiden – ein typischer Fall von Zweiklassenmedizin.

Auch in Österreich werden derartige *Gatekeeper*-Modelle immer wieder diskutiert (der *gatekeeper* ist sozusagen der Portier, der den Zugang zum Gesundheitswesen kontrolliert, allerdings auch gleichzeitig ein Begleiter durch das System sein sollte). In letzter Zeit kam überhaupt der Vorschlag, FachärztInnen überhaupt nur mehr in den Spitälern anzusiedeln, während die praktischen HausärztInnen die Versorgung vor Ort übernehmen könnten. Dieser Vorschlag erscheint etwas zu drastisch, zielführend wäre aber sicherlich eine deutliche Stärkung der praktischen ÄrztInnen. Dies müsste bei der Ausbildung ansetzen (im Turnus müssten alle relevanten Fächer belegt werden), ginge über die Honorierung (der Arzt muss auch einen Anreiz haben, den Patienten zu halten und nicht weiter zu überweisen) und müsste schließlich klar qualitätsgesichert werden. Im Endeffekt müsste ein derartiger Hausarzt ein Begleiter durch das Gesundheitssystem sein, was auch bedeutet, dass er einen Teil der Verantwortung bei stationären Aufenthalten übernimmt – nicht nur was die Einweisung betrifft, sondern vor allem was die Entlassung betrifft. Hier ist Vorsorge zu treffen, dass die betroffenen PatientInnen in ein geeignetes Pflegeumfeld entlassen werden. Gleiches gilt bei der Ambulantisierung des Gesundheitswesens: Viele heute stationär erbrachte Leistungen könnten im Prinzip ambulant erbracht werden, Voraussetzung ist allerdings, dass auch zu Hause adäquate und arztbetreute Pflege erfolgt.

Ein wenig fraglich ist, ob die Sozialversicherung genügend Anreize hat, PatientInnen aus dem stationären in den extramuralen Bereich zu verlagern. Solange für ersteren Pauschalzahlungen, für zweiteren aber fallbezogene Zahlungen zu entrichten sind, würde ein derartiger Weg die Sozialversicherung noch weiter belasten. Die Lösung wäre, der Sozialversicherung viel mehr Finanzierungskontrolle über ein integriertes System zu geben, um das vorherrschende „Floriani“-Prinzip zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung zu durchbrechen.

#### **4.3 Gesundheitsagenturen oder Stärkung der Sozialversicherung?**

Bislang war es in Österreich nicht möglich, die Wege der PatientInnen durch das Gesundheitswesen nachzuvollziehen. Hierfür bräuchte es zunächst einmal einer wesentlich stärkeren und besseren (Daten-)Kooperation zwischen den einzelnen Trägern des Gesundheitswesens (Sozialversicherung für den niedergelassenen Bereich, Landes- und Strukturkommissionen für den stationären Bereich). Noch wichtiger ist aber die gesamtheitliche Planung. Es scheint in Österreich weitgehend unbestritten, dass die Planungskompetenz in öffentlicher Hand sein sollte:

- ◆ **Spitäler:** Durch die Spitalsplanung (inkl. Betten bzw. Großgeräte und Ambulanzplanung) wird eine flächendeckende Versorgung sichergestellt. Ohne staatliche Planungskompetenzen entstünden suboptimale Versorgungsverhältnisse mit punktuell höchstwertiger Versorgung, der aber in vielen Gebieten Versorgungsdefizite gegenüberstünden.
- ◆ **Ärzte:** Die Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen werden privatrechtlich durch Gesamtverträge geregelt. Der Stellenplan zielt auf eine flächendeckende Versorgung. Die Honorarordnung garantiert den Ärzten Einkommenskontinuität

und den Kassen einen einheitlichen Tarif, der unter den Marktpreisen (Honorardrift) liegt. Eine Liberalisierung der ärztlichen Hilfe würde daher zu höheren Preisen und ebenso wie im Spitalsbereich je nach Region zu Über- und Unterversorgungen führen.

In Österreich gibt es nach wie vor einen international sehr hohen Anteil an Akutbetten, was darauf hinweist, dass der ambulante Sektor nicht Schritt halten konnte mit den Reformen. Das Gesundheitswesen ist somit noch immer zu stark krankenhauszentriert. Die Forderung nach der bundeseinheitlichen Planung darf also nicht nur den Krankenanstaltenbereich betreffen, sondern das gesamte Gesundheitswesen:

Das strukturelle Ungleichgewicht kann destabilisierend auf die gesamte Versorgungskette wirken. Etwaige durch den einseitigen Strukturschock verursachte Kostenverlagerungen auf den gesamten primären Bereich einschließlich der Spitalsambulanzen bzw. zeitverzögert auf die privaten Haushalte (erhöhte Zuzahlungen, Rationierungen, usw), könnten dazu führen, dass die Effizienzgewinne aus der Umstellung überkompensiert werden und demnach auch soziale Kosten bzw. Wohlfahrtsverluste entstehen. (Hofmarcher; Rack 2001, 118)

Die Regierung schlägt als Lösung die Gesundheitsagenturen vor (Hartinger 2004). Nach dieser Idee soll es eine Bundesgesundheitsagentur geben, in der Bund, Länder, die medizinischen Universitäten und die Sozialversicherung vertreten sind (und zwar entsprechend ihrem Finanzierungsvolumen). Ihr unterstehen drei regionale Gesundheitsagenturen (Nord, Süd und West), in denen jeweils nur mehr die Länder und die Sozialversicherung sitzen. Diesen Agenturen unterstellt sind die Krankenanstalten, die integrierten Gesundheitszentren sowie die niedergelassenen und die FachärztInnen. Das Ziel ist die „ganzheitliche Steuerung im Sinne des Patienten und Versicherten, sowie ein einheitlicher Finanzierungstopf“. Die Bundesagentur hätte als Aufgaben die strategische Steuerung, die einheitliche medizinische Dokumentation, die einheitlichen Qualitätsstandards sowie das duale (medizinisch und ökonomisch) Controlling. Die Aufgaben der Länderagenturen wären das operative Gesundheitsmanagement, die Planungsumsetzung, die laufende Verwaltung sowie der Einkauf.

Bei dieser auf den ersten Blick sinnvoll erscheinenden Struktur drängt sich allerdings rasch die Frage nach der politischen Machtverteilung auf. Droht durch diese Struktur nicht ein noch weiteres Zurückdrängen der Sozialversicherung durch Einziehen einer weiteren hierarchischen Ebene? Wäre es nicht sinnvoller, sich folgendem Vorschlag des Rechnungshofes anzuschließen und auf das gesamte Gesundheitswesen zu erweitern?

Obwohl die Sozialversicherung einen sehr hohen Anteil zur Krankenanstaltenfinanzierung leistet, ist sie in ihren Möglichkeiten zur Gestaltung der stationären Krankenversorgung wegen der in den beschlussfassenden Organen der Landeskrankenanstaltenfinanzierungsfonds von Gesetzes wegen bestehenden Mehrheitsverhältnissen eingeschränkt. Die Sozialversicherung wäre in die Planung und Umsetzung der Reformen insbesondere im Krankenanstaltenbereich verstärkt einzubinden.

Der RH hielte im Hinblick auf die Notwendigkeit, die stationäre Krankenhausversorgung überregional zu strukturieren und ein ganzheitliches Gesundheitswesen zu entwickeln, eine Stärkung der Stellung der Sozialversicherung in den beschlussfassenden Fondsorganen für zweckmäßig. (Rechnungshof 2003, 12)

Nicht schlüssig beim Konzept der Gesundheitsagenturen erscheint auch die Forderung nach Regionalisierung des Gesundheitswesens. Diese Kritik würde sich allerdings auch an die Sozialversicherung richten, die die Sinnhaftigkeit von neun verschiedenen Gebietskrankenkassen überdenken müsste.

#### **4.4 Gesteuerte Versorgung (*managed care*)**

In den USA haben Systeme der gesteuerten Versorgung (sogenannte *managed care*-Systeme) weite Verbreitung. Auch in Europa werden sie zunehmend diskutiert. Es wird dabei die Trennung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern aufgehoben, in dem die Funktion von Versicherer und Versorger zusammengelegt werden. Die Krankenversicherung hat also ihre eigenen Leistungserbringer, wobei striktes Managementdenken sowie ökonomische Effizienzprinzipien in die medizinische Versorgung eingebracht werden.

*Managed Care* Systeme zählen zu den integrierten Gesundheitsmodellen – der Versicherer versucht seine Kosten dadurch zu steuern, dass er gegen günstigere Prämien die freie Arztwahl sehr stark einschränkt. In der Schweiz hat dieses Modell zum Teil zu einem Drittel niedrigeren Prämien geführt. Insofern kann das Modell als erfolgreich in der Kostendämpfung gesehen werden.

*Managed Care* Modelle räumen den praktischen ÄrztInnen ein wesentlich stärkeres Gewicht ein und setzen stark auf ihre *gatekeeper*-Funktion.

Ist ein derartiges Modell in ein System der Versicherungspflicht eingebunden, so entstehen alle dort bereits genannten Probleme, insbesondere das *cream skimming* – auf die Einschränkung des Leistungsangebots gehen in aller Regel nur die besseren Risiken ein. Wollte man *managed care* in ein Modell der Pflichtversicherung einbinden, so würde dies die politisch nicht erwünschte Folge der Zweiteilung des Gesundheitsmarktes zur Folge haben – billigere Grundversorgung für die einen, bessere Leistungsauswahl für jene, die sich höhere Prämien leisten können und wollen:

In a managed care environment, it may give poor care to the chronically ill, making patients wait for agreement for care, and otherwise provide poor service. (Docteur; Oxley 2003, 39).

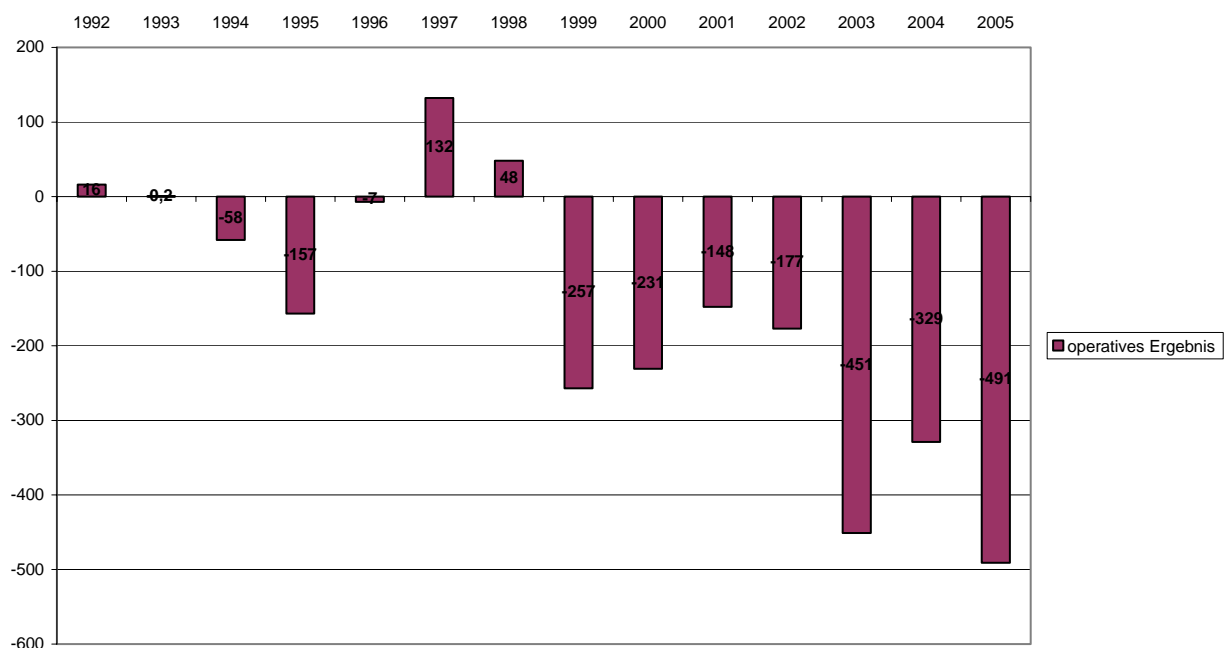
Insofern muss der Befund lauten, dass es zwar sicher wichtig ist, Finanzierungs- und Leistungsfunktion möglichst in eine Verantwortung zu bringen, dass aber Systeme, die die Preisanreizmechanismen zu stark auf die PatientInnen überwälzen (wie dies ja bei gestaffelten Beitragssätzen der Fall wäre), zu politisch unerwünschten Verteilungseffekten führen können.



## 5 Finanzierungsseite

Von vielen ExpertInnen wird darauf hingewiesen, dass das Gesundheitssystem weniger an den Ausgaben als an den Einnahmen „kranke“: Die Gesundheitsausgaben der vergangenen Jahre sind zwar angestiegen, sind aber im wesentlichen nicht stärker als das BIP angewachsen (es kommt hier natürlich auch wieder auf die Definition dieser Ausgaben an). Deutlich hinter dem BIP-Wachstum sind allerdings die Einnahmen zurückgeblieben. Da diese sehr stark lohnzentriert sind (80% der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen kommen aus den Beiträgen der Versicherten), spiegelt sich einerseits die sinkende Lohnquote und andererseits die zunehmende Ungleichverteilung der Einkommen (die höheren Einkommen werden aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze nicht mehr ausreichend erfasst).

**Abbildung 1: Gebarungsergebnisse der Krankenversicherung in Mio Euro**



Quelle: Probst 2004. Es handelt sich bei den Zahlen um die operativen Ergebnisse. 2003 und 2004 waren die tatsächlichen Salden aufgrund der Aufnahme von Verbindlichkeiten gegenüber dem Hauptverband niedriger (2003: 237 Mio Euro, 2004: 154 Mio Euro), 2005 erfolgt die erste Rückzahlung in Höhe von 68 Mio Euro, so dass der Saldo sich auf 559 Mio Euro verschlechtert.

Deutlich sind die sich verschlechternden Bedingungen der Krankenversicherungen zu sehen. Die Versuche, mit Hilfe von Ausgleichsfonds und Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen die Situation zu verbessern, sind nicht nur zum Teil verfassungswidrig, sie schieben das Problem allenfalls hinaus. In den vergangenen Jahren kamen erschwerend auch noch einige Regierungsmaßnahmen hinzu (wie die Pauschalabgeltung der Umsatzsteuer, das Arbeitsrechtsänderungsgesetz, die Senkung der Beitragsgrundlagen für Zivildienstler, die Halbierung der Beiträge der Arbeitslosenversicherung, etc.).

Probst (2004) stellt das Problem der Beitragseinnahmenerosion sehr plastisch dar: Von 1997 bis 2002 stieg das BIP um 18,8%, die Versicherungsleistungen aus der Krankenversicherungen gar um 24,4%. Gleichzeitig stieg aber die ArbeitnehmerInnenentgeltsumme um nur 16,4% und die Beitragseinnahmen überhaupt nur um 14,3%. Hätten sich hingegen die Einnahmen so wie das BIP entwickelt, so stünden der Krankenversicherung 2002 um fast 350 Mio Euro mehr zur Verfügung!

Im Lichte dieser Überlegungen erscheint die Forderung nach einer Deckelung der Gesundheitsausgaben eher kontraproduktiv. Die Gesundheitsausgaben am BIP festzukoppeln negiert die demografische Entwicklung und die systeminhärenten Ausgabensteigerungen, die nichts mit Ineffizienzen zu tun haben (siehe Abschnitt 2.5). Gleichzeitig hat so ein Vorschlag noch nichts gegen die Beitragseinnahmenerosion getan. Es gilt daher viel mehr darauf zu achten, dass sich die Einnahmen zumindest in konstanter Relation zum BIP entwickeln können. Solange sie ausschließlich lohnzentriert sind, sind sie nämlich noch dazu zu sehr konjunkturreagibel.

Damit sind zumindest ebenso wichtig wie Reformüberlegungen für die Ausgabenseite die Überlegungen für die Einnahmenseite.

### **5.1 Beitragserhöhungen**

Aus moralischen Gründen könnte man behaupten, dass eine Gesellschaft, die zu den reichsten der Welt zählt und immer reicher wird, auch weitere Beitragserhöhungen verkraften könnte. Allerdings sind höheren Beiträgen Grenzen gesetzt, und zwar nicht nur durch etwaige Koalitionsabkommen, sondern durch dadurch induzierte höhere Lohnnebenkosten und ihre negativen Auswirkungen auf die Beschäftigung sowie durch negative Verteilungseffekte. So weisen Leitner und Theurl (2004) auf die regressive Wirkung der Krankenversicherungsbeitragssätze hin, und zwar nicht nur aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage sondern auch wegen der Steuerbefreiung der Beitragssätze.

Für die Beurteilung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit sind allerdings die Lohnstückkosten (unter Berücksichtigung der Produktivität) und nicht die Arbeitskosten allein heranzuziehen. In diesem Punkt hat Österreich derzeit eine gute internationale Position inne. Es ist anzunehmen, dass eine Beitragserhöhung um ca. 0,1 %-Punkte noch nicht zu einer desaströsen Standortflucht führen würde. Dieser Prozentsatz wäre notwendig gewesen um beispielsweise die Krankenscheingebühr zu verhindern. Für 2001 schätzt Probst (2004), dass die Anhebung des Krankenversicherungsbeitrags um 0,1% zusätzlich 116 Mio Euro gebracht hätte.

## **5.2 Umbasierungen der Beitragsgrundlagen**

Beitragserhöhungen können in arbeitsintensiven Betrieben zu negativen Beschäftigungseffekten führen und Schattenwirtschaft fördern. Das bedeutet, dass man zweifelsohne sehr zurückhaltend damit umgehen sollte. Für arbeitsintensive Betriebe könnte man - um positive Beschäftigungseffekte hervorzubringen - den Dienstgeberbeitrag auf die gesamte Lohnsumme oder auf die Wertschöpfung umbasieren. Durch die Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage könnte ein Lohnsummenbeitrag eingeführt werden; der Dienstgeberbeitragssatz könnte bis zu 1,7 %-Punkte gesenkt werden. Die Wirtschaft würde dadurch nicht stärker belastet werden, weil nur die Beitragslast anders verteilt wird. Noch stärker - mittelfristig auch in der Ergiebigkeit - wären die Auswirkungen einer Wertschöpfungsabgabe. Wenn zB der Familienlastenausgleichsfonds vor 15 Jahren auf eine Wertschöpfungsbasis umgestellt worden wäre, stünden dem Fonds um rund 73 Mio Euro mehr zur Verfügung. Man kann sich vorstellen, was das für die SV bedeutet hätte, wenn diese ebenfalls einbezogen worden wäre: Mehreinnahmen von über 750 Mio Euro - verteilt auf die Sozialversicherungszweige - wären die Folge.

In letzter Zeit wurde von Seiten der Sozialdemokraten eine etwas andere Idee der Umbasierung eingebracht, nämlich alle Einkommensarten in die Bemessungsgrundlage einzubeziehen (hier wird also nicht an der Wertschöpfung, sondern an den Erträgen angesetzt). Dieses Modell kommt der deutschen Bürgerversicherung (siehe unten) recht nahe, hat daher auch ähnliche Probleme: Es ist nach wie vor recht lohnzentriert und es ist die Frage, ob in der Praxis tatsächlich alle Einkommen ähnlich gut erfassbar sind wie die Lohneinkommen. Außerdem stellt sich die Frage, ob diese Idee dem Versicherungsprinzip nicht widerspricht, da sie auf der Leistungsseite kaum eine Entsprechung findet.

Diese Vorschläge haben neben der Erhöhung der Einnahmen auch das Ziel die Beitragssätze zu senken. Dabei ist es nicht egal, ob dies auf Dienstnehmer- oder auf Dienstgeberseite geschieht. Langfristig sollte zwar theoretisch die Beitragsparität auch dann erhalten bleiben, wenn nur die Dienstgeberbeiträge gesenkt werden: Die niedrigeren Kosten sollten entweder auf die KonsumentInnen in Form niedriger Preise oder auf die ArbeitnehmerInnen in Form höherer Lohnabschlüsse übergewälzt werden. In der Realität stellt sich dies allerdings nicht immer so eindeutig dar – da mehrere Faktoren (wie Marktform, Wettbewerb, Elastizitäten, etc) mitspielen, ist die Frage der Inzidenz von Fall zu Fall verschieden.

## **5.3 Maßnahmen an den Beitragsunter- und -obergrenzen**

Ein wesentliches Problem der Sozialversicherungsbeiträge ist ihre regressive Wirkung. Daher sollten Reformen auf der Einnahmenseite auch hier ansetzen. Zwei Möglichkeiten bieten sich an:

- ◆ die Anhebung bzw Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage
- ◆ die Verminderung der Beitragssätze für GeringverdienerInnen

Eine Aufhebung oder Anhebung der Höchstbeitragsgrunde weist in der sachleistungsbezogenen Krankenversicherung zwar eine hohe Umverteilungswirksamkeit auf, kann aber auch zu einer Minderung der Akzeptanz der sozialen Krankenversicherung führen.

Probst (2004) schätzt durch eine Anhebung bzw. Aufhebung folgende Mehreinnahmen: Heute beträgt die Höchstbeitragsgrundlage monatlich 3.360 Euro, würde man sie auf 3.800 Euro anheben, kämen 90 Mio Euro mehr in die Krankenkassen, bei 4.600 Euro wären es 190 Mio Euro und eine völlige Aufhebung brächte 350 Mio Euro.

Beim Vorschlag die Beitragssätze für niedrige EinkommensbezieherInnen zu vermindern, handelt es sich weniger um eine finanzpolitische als um eine beschäftigungspolitische Maßnahme. In Frankreich, wo eine derartige Maßnahme seit 1993 eingeführt wurde, zeigt sich, dass es hierbei weniger um die Stärkung der Wettbewerbsposition auf den internationalen Arbeitsmärkten, sondern um die gezielte Subventionierung von benachteiligten Gruppen geht.

Der Einnahmenausfall muss irgendwo kompensiert werden, wobei es ökonomisch wichtig wäre, ihn über Einsparungen im öffentlichen Sektor anstatt über höhere Steuern zu finanzieren.

#### **5.4 Gesundheitssteuern**

Ein nachweislich gesundheitsschädlicher Konsum (zB Rauchen, Alkoholabusus) bzw. Immissionen könnte mit Gesundheitssteuern zu belegt werden. Dies kann allerdings auch in Richtung eines übertriebenen Paternalismus gehen.

Der Hauptverband würde in diesem Zusammenhang auch gerne einige Steuern für das Gesundheitssystem zweckbinden (genannt werden Tabaksteuer, Alkoholsteuer, Biersteuer, Mineralölsteuer und die Kraftfahrzeugsteuer). Hier entstehen selbstverständlich Konflikte mit anderen Budgetbereichen (bei den genannten Steuern dürften insbesondere die Umweltlobbies Widerstand leisten).

#### **5.5 Bürgerversicherung oder Pauschale Gesundheitsprämien – Die Diskussion in Deutschland**

In Deutschland, dessen Gesundheitssystem etwas anders aussieht als das österreichische, ist derzeit ebenfalls eine Einnahmendiskussion im Gange.

Von Seiten der Gewerkschaft, der SPD und der Grünen wird eine Bürgerversicherung gefordert. Diese hätte folgende Elemente:

- ◆ Es wären alle einbezogen (in Deutschland können derzeit höhere EinkommensbezieherInnen aus der sozialen Krankenversicherung hinausoptieren).
- ◆ Neben den lohnabhängigen Abgaben (die nach wie vor paritätisch zu finanzieren wären) würden auch Beiträge auf die anderen Einkunftsarten eingehoben. Dadurch käme es zu einer Entlastung des Faktors Arbeit, was insbesondere Unternehmen, die besonders arbeitsintensiv produzieren, zugute käme.
- ◆ Sie entspräche dem Leistungsfähigkeitsprinzip – jeder zahlt so viel, wie er oder sie kann.
- ◆ Langfristig könnte allerdings auch einer Bürgerversicherung das Geld „ausgehen“, was bedeutete, dass die Soziale Krankenversicherung nur mehr das „medizinisch Notwendige“ absichert, während weitere Leistungen über Zusatzversicherungen abzudecken wären.

Die BefürworterInnen dieses Systems (das vor allem auch Sonderregelungen rückbauen will) erhoffen sich ein Absenken der Krankenversicherungsbeiträge um bis zu zwei Prozentpunkten. Außerdem sollte die Nachfrage der unteren Einkommen steigen, da kleine und mittlere Einkommen eher entlastet werden, ebenso wie Familien mit Kindern (diese wären weiterhin beitragsfrei). Belastet werden vor allem Alleinstehende mit hohem Einkommen. Das Problem dieses Systems ist (wie bereits in Abschnitt 5.2 erwähnt), dass es nach wie vor maßgeblich an die Lohnsumme gebunden ist und es ist fraglich, ob tatsächlich die anderen Einkommensteile so leicht einbezogen werden können (auch in Deutschland gibt es die Problematik, dass Steuer- und Sozialrecht unterschiedliche Einkommensbegriffe kennen).

Diesem Modell gegenüber steht das Modell der CDU mit Pauschalen Gesundheitsprämien. Es soll die Finanzierung der Krankenversicherung von den Löhnen entkoppeln und geht davon aus, dass der bislang an die Krankenversicherung ausbezahlte Arbeitgeberanteil direkt an die ArbeitnehmerInnen ausbezahlt wird. Diese müssen dafür eine monatliche Kopf-Prämie von etwa 210 Euro zahlen. Es gibt dabei keine beitragsfreie Mitversicherung. Der solidarische Ausgleich soll übers Steuersystem erfolgen: Dabei wird ein bestimmter prozentueller Eigenanteil festgelegt, alles was diesen Anteil übersteigt, wird als steuerfinanzierter Zuschuss rückerstattet. Die BefürworterInnen dieses Modells sehen vor allem die Beschäftigungsfreundlichkeit sowie die Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung. Es wird dabei auch angenommen, dass die Krankenversicherungen auf ein Kapitaldeckungsprinzip umsteigen, um für „Alterskonstanz“ des Systems zu sorgen. Damit könnten auch private Versicherungen als kapitalgedeckte Vollversicherungen mitmischen.

Nach allen bisherigen Ausführungen dürfte Skepsis an diesem Vorschlag angebracht sein. Zum einen stellt sich die Frage, wieso bei voller Überwälzung der Arbeitgeberanteile auf die Arbeitnehmer man von einer Entlastung des Faktors Arbeit ausgehen kann. Zum anderen sind die Verteilungswirkungen mehr als bedenklich – die Regelung über den Steuerzuschuss lässt die Beiträge nämlich ex post ebenso wie klassische Versicherungsbeiträge prozentuell zum Einkommen werden. Dies

kann aber erst im Wege eines Jahresausgleichs erfolgen, was insbesondere für BezieherInnen niedriger Einkommen große Schwierigkeiten bedeuten kann. Einkommen, die oberhalb von ca Euro 1.800 monatlich liegen, werden gegenüber einer Beitragsfinanzierung hingegen entlastet (an dieser Grenze stellen die 210 Euro in etwa die 12% des Einkommens dar, die heute an KV-Beiträgen eingehoben werden).

Die beim deutschen Gesundheitsministerium eingesetzte Kommission hält sich in ihrem Urteil dementsprechend sehr zurück und überlässt die Entscheidung der Politik:

Bei einer Entscheidung zwischen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämien“ handelt es sich nicht in erster Linie um eine gesundheitspolitische Entscheidung, dh nicht um eine Entscheidung über Umfang und Qualität des Versicherungsschutzes oder um die Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs. Bei dieser Entscheidung geht es vielmehr darum, auf welchem Weg und mit welchem Erfolg Wachstums- und Beschäftigungsfreundlichkeit (Allokation) und sozialer Ausgleich (Distribution) in der Gesellschaft umgesetzt werden und wer davon in welcher Form und Höhe betroffen ist. (BMGSS 2004, 24.)

## **5.6 Selbstbehalte**

Sehr viel erhofft sich die neoliberale Gesundheitsökonomie von der Einführung von Selbstbehalten. Neben der Finanzierungsfunktion wird vor allem ein Steuerungseffekt erhofft – wenn Gesundheit spürbar etwas kostet, werden weniger Leistungen nachgefragt werden. „Sinnlose“ Beanspruchungen des Systems werden somit vermieden.

Gegen diese Vorstellung laufen diverse Institutionen, insbesondere auch die ArbeitnehmerInnenvertretungen, Sturm (siehe hierzu in letzter Zeit insbesondere Streissler 2003a und Ziniel 2003). Abgesehen von der etwas absurden Vorstellung, dass die Leute so gern zum Arzt gehen, weil er ja kostenlos ist, erzeugen Selbstbehalte sehr schwierige Verteilungseffekte. Während eine Beitragsfinanzierung von Reicher zu Ärmere und von Gesund zu Krank umverteilt, belasten Selbstbehalte Kranke und hier vor allem ärmere Kranke am stärksten. Wie in Abschnitt 1 gezeigt, gibt es aber einen Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit, so dass hier eine ohnehin von höherem Krankheitsrisiko bedrohte Gruppe besonders zur Kasse gebeten wird.

In Österreich existieren eine Anzahl von mehr oder weniger versteckten Selbstbehalten. Die Ansicht, dass alle anderen außer ASVG-Versicherte Selbstbehalte zahlen müssten, geht weit an der Realität vorbei. Berechnungen des Hauptverbandes zeigen, dass bei Berücksichtigung aller Selbstbehalte (vor allem auch im Bereich der Zahnprothesen) die Belastung durch Selbstbehalte bei ASVG-Versicherten mindestens so hoch ist wie in den anderen Versicherungen.

Es gibt Versuche, die unsoziale Wirkung von Selbstbehalten einzuschränken, indem entweder bestimmte benachteiligte Gruppen davon ausgenommen sind (wie zB in Österreich), wo es jährliche Ausgabenmaxima für die Haushalte gibt (zB Schweden)

oder wo man sich gegen die Kosten der Selbstbehalte zusatzversichern kann (Frankreich). Derartige Abschwächungen verursachen allerdings wieder administrative Kosten und schwächen dadurch die Finanzierungsfunktion deutlich ab. Bei jährlichen Ausgabenmaxima besteht außerdem wiederum die Problematik der Berücksichtigung im Nachhinein, was für ärmere Haushalte eine unzumutbare Belastung darstellt.

### **5.7 Leistungsvereinheitlichung und -kürzung**

Eine Möglichkeit der Ausgabensenkung wären selbstverständlich Leistungskürzungen und Rationalisierungen. Diese Frage muss allerdings in zweifacher Hinsicht beantwortet werden.

Zum einen würde eine durchaus wünschenswerte Vereinheitlichung der Versicherungssysteme für manche VersicherungsnehmerInnen zu einer Leistungskürzung führen. Würden sich tatsächlich alle Sondersicherungen auf das Leistungsniveau des ASVG beschränken, so käme es auch zu einer Vereinheitlichung der Selbstbehalte. Dies wäre eine durchaus wünschenswerte Entwicklung.

Ob hingegen generell auch die Leistungen aus der allgemeinen sozialen Krankenversicherung gekürzt werden sollen, ist weniger eine ökonomische als eine ethische Frage. In Schweden beispielsweise wurde eine genaue Durchforstung des Leistungskatalogs vorgenommen, wodurch aber beispielsweise Psychotherapien, die bislang bezahlt wurden, nun herausgenommen sind. Wenngleich es sicher notwendig ist, die Zeitgemäßheit der angebotenen Leistungen regelmäßig zu überprüfen, bedarf es eingehendster Diskussionen, welche Leistungen und in welchem Ausmaß gekürzt werden sollten. Auch das Recht auf eine zweite Arztmeinung beispielsweise sollte unbedingt erhalten bleiben.

## 6 Fakten und Forderungen aus ArbeitnehmerInnensicht

Im vorliegenden Papier wurden eine Vielzahl von Fakten und daraus resultierende Reformvorschläge genannt. Im folgenden werden die wichtigsten dieser Fakten und Forderungen nochmals zusammengefasst. Zur näheren Ausführung der jeweiligen Argumente wird auf die entsprechenden Abschnitte verwiesen.

### 6.1 Die wichtigsten Fakten

20 Mrd Euro werden im Jahr in Österreich für Gesundheit ausgegeben, 70% davon von der öffentlichen Hand. Damit werden knapp 7% des BIP für öffentliche Gesundheitsausgaben aufgewendet (Abschnitt 2.2).

Der wichtigste Financier ist dabei die Sozialversicherung, gefolgt von Ländern und Gemeinden. Der Bund trägt relativ wenig der unmittelbaren Gesundheitskosten.

Etwa 45% der öffentlichen Ausgaben gehen in den stationären Bereich (Krankenanstalten), 35% gehen in den ambulanten Bereich (niedergelassene ÄrztInnen) und etwas unter 20% werden für Arzneimittel und andere medizinische Erzeugnisse ausgegeben.

Im internationalen Vergleich dürfte Österreich sowohl bei den gesamten als auch bei den öffentlichen Ausgaben im Mittelfeld liegen. Allerdings weist Österreich bei den meisten Bereichen ein höheres Ausgabenwachstum als der internationale Durchschnitt auf.

Knapp 5 Mrd Euro im Jahr kosten die Spitäler, 75% der Ausgaben für die Fonds-Spitäler werden über die LKF-Erlöse gedeckt, der Rest wird von den Ländern je zur Hälfte über Zuschüsse und Beihilfen (maastricht-wirksam) und über Darlehen und Rücklagenauflösungen (maastricht-unwirksam) abgedeckt (Abschnitt 3.1).

Von den ca 40.000 ÄrztInnen in Österreich sind etwa 60% niedergelassene KassenärztInnen. Damit hat Österreich eine niedrigere Ärztedichte als zB Frankreich und Deutschland – im OECD-Vergleich liegt Österreich allerdings über dem Durchschnitt (Abschnitt 3.2).

Bei den Arzneimitteln wirkt vor allem der Preiseffekt ausgabensteigernd. Dieser dürfte nur zum Teil auf hohe Innovationskosten zurückzuführen sein, zum anderen auf Marketingkosten. Österreich hat zusätzlich auch international hohe Handelsspannen (Abschnitt 3.3).

Das Defizit der Krankenversicherungen lässt sich in erster Linie durch die Beitragseinnahmenerosion erklären – die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen etwas stärker als das BIP, die Beiträge steigen hingegen wesentlich langsamer (Abschnitt 5.1).



Die „versteckten“ Selbstbehalte im ASVG-Bereich summieren sich bereits heute auf höhere Selbstbeteiligungsquoten als in den Sonderversicherungen (Abschnitt 5.6).

## 6.2 Die 12 wichtigsten Forderungen an die Gesundheitspolitik<sup>9</sup>

- ◆ Ökonomisches Marktversagen und die sozialpolitische Forderung nach größtmöglicher Gleichbehandlung messen dem **Staat als Regulator, Financier und Qualitätssicherer** eine große Bedeutung zu.  
An oberster Stelle steht dabei die Forderung nach einem **integrierten Gesundheitssystem**, das **Finanzierungs- und Leistungsverantwortung vereint** (Abschnitte 2.6 und 4.1).
- ◆ Das im internationalen Vergleich bewährte System der **Pflichtversicherung ist beizubehalten** bzw sogar auszuweiten, um tatsächlich 100% der Bevölkerung in der sozialen Krankenversicherung zu haben. (Abschnitt 1.4)
- ◆ Bei Reformen ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass **Einkommenschwächere höhere Krankheitsrisiken und schlechteren Zugang zum Gesundheitswesen** haben. Ihre **Leistungsfähigkeit** darf daher nicht weiter strapaziert werden. (Abschnitte 1.5 und 5.6)
- ◆ Gerade auch im Hinblick auf die ärmere Bevölkerung gilt es **präventive Maßnahmen** zu stärken und zwar im weitesten Sinn. **Gesunde Umweltbedingungen** und **Infrastrukturgleichheit** helfen erwiesenermaßen am besten, den Gesundheitszustand aller zu verbessern. (Abschnitt 1.5)
- ◆ Das österreichische Gesundheitssystem zeichnet sich durch große Intransparenz aus. Es wäre hier dringend notwendig **bundesweit vergleichbare Daten** auf niedrigem Aggregationsniveau zu erheben und auszuwerten. Diese Daten müssten dabei einer **breiten Öffentlichkeit** zur Verfügung gestellt werden. (Abschnitt 2)
- ◆ Das österreichische Gesundheitswesen ist zu stark krankenhauszentriert. Der niedergelassene Bereich ist durch **Gruppenpraxen, Hausarztmodelle und Qualitätssicherung** zu stärken. (Abschnitte 3.1 und 3.2)
- ◆ Der niedergelassene Bereich muss zu ähnlich **leistungsdefinierten Honorierungsformen** wie bei den Krankenanstalten kommen, wobei auch „weicheren“ **Indikatoren**, wie dem therapeutischen Gespräch, Geldwert beizumessen ist. (Abschnitt 3.2)
- ◆ Im Krankenanstaltenbereich ist wesentlich mehr auf **Transparenz** und **Bundeseinheitlichkeit** zu achten. Dafür ist der **Kernbereich gegenüber dem Steuerungsbereich zu priorisieren** und eine **Vereinheitlichung der Finanzierung des Betriebsabganges** zu finden. (Abschnitt 3.1)
- ◆ Im Arzneimittelbereich müssten neben der **Generikaförderung** die im internationalen Vergleich hohen **Handelsspannen gesenkt** werden sowie eine **kostenbewusstere Verschreibweise** (grünes Rezept, Boxensystem) gefördert werden. (Abschnitt 3.3)
- ◆ Statt der hierarchienvermehrenden Idee von Gesundheitsagenturen ist die **Sozialversicherung** in ihrer **bundeseinheitlichen Planungs-, Umsetzungs- und Finanzierungs-kompetenz zu stärken**. (Abschnitt 4.3)

---

<sup>9</sup> Diese Forderungen stellen nicht gültige Beschlusslage der Arbeiterkammer dar, sondern geben lediglich die persönliche Meinung der Autorin wieder.

- ◆ Gesundheit wird auch in den kommenden Jahren mehr kosten. Statt Ausgabendeckelungen gilt es eine **BIP-kongruente Einnahmenentwicklung** anzustreben, was durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage erreicht werden könnte. (Abschnitte 5.1 bis 5.3)
- ◆ Bevor über Selbstbehalte im ASVG-Bereich diskutiert wird, muss es zu einer **Leistungs- und Einnahmenvereinheitlichung** der verschiedenen öffentlichen Versicherungsträger (**Harmonisierung**) kommen. (Abschnitte 5.6 und 5.7)

### 6.2.1.1 Literatur

- ANDERSON, GERARD F. *et alii*, 2003. It's the Prices, Stupid: Why the United States is so Different from other Countries. in: *Health Affairs* 22/3, 89-105.
- ARROW, KENNETH, 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. in: *American Economic Review* 53, 941-973.
- BADEL, CHRISTOPH, ÖSTERLE, AUGUST, 1998. *Grundzüge der Sozialpolitik – Spezieller Teil*. Manz: Wien.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN, 2003. *Krankenanstalten in Österreich 2002/2003*. BMFG: Wien.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN, 2004a. *Krankenanstalten in Zahlen* [online]. BMFG: Wien. [www.kaz.bmgf.gv.at/ka\\_main.htm](http://www.kaz.bmgf.gv.at/ka_main.htm) (heruntergeladen Mai 2004).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN, 2004b. *Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF – Systembeschreibung*. BMGF: Wien.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG, 2004. *Umfassender Versicherungsschutz für alle im Rahmen einer neuen Finanzierungsordnung*. [online]. BMGSS: Berlin. [www.soziale-sicherungssysteme.de/bericht/krankenversicherung/](http://www.soziale-sicherungssysteme.de/bericht/krankenversicherung/) (heruntergeladen Mai 2004).
- BREYER, FRIEDRICH; ZWEIFEL, PETER, 1997. *Gesundheitsökonomie*. Springer: Berlin 1997.
- CUTLER, DAVID M., 2002. Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. in: *Journal of Economic Literature* XL, 881-906.
- DANNERBAUER, HERMINE, 2003. Gesundheitsausgaben 1995-2001. in: *Statistische Nachrichten* 1, 63-67.
- DE GRAEVE, DIANA; VAN OURTI, TOM, 2003. The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review. in: *The World Economy* 10/26, 1459-1479.
- DIMATTEO, LIVIO, 2003. The income elasticity of health care spending. A comparison of parametric and nonparametric approaches. in: *The European Journal of Health Economics* 4/1, 20-29.
- DOCTEUR, ELIZABETH; OXLEY, HOWARD, 2003. *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. OECD: Paris. ECO/WKP (2003)28.
- EUROPÄISCHE KOMMISSION, 2003. *Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege*. [online]. Europäische Kommission: Brüssel. [europa.eu.int/comm/employment\\_social/publications/2003/cev503002\\_de.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2003/cev503002_de.pdf) (heruntergeladen Jänner 2004).
- FLEMMICH, GÜNTER; IVANSITS, HELMUT, 1996. *Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie*. Verlag des ÖGB: Wien.
- HABL, CLAUDIA, 2002. *Armutsbetroffene Frauen in Österreich – Frauen und Gesundheitseinrichtungen*. ÖBIG: Wien.
- HARTINGER, BEATE, 2004. *Dialog: Gesundheitsagenturen*. [online]. Power-Point-Präsentation [bmgf.cms.apa.at/cms/site/attachments/3/4/7/CH0118/CMS1080047222813/hartinger.ppt](http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/attachments/3/4/7/CH0118/CMS1080047222813/hartinger.ppt) (heruntergeladen April 2004).
- HOFMARCHER, MARIA; RACK, HERTA, 2001. *Gesundheitssysteme im Wandel – Österreich* [online]. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme.

[www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/HiT-Country-Profiles/HiT-2001.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/HiT-Country-Profiles/HiT-2001.pdf)  
(heruntergeladen April 2004).

HOFMARCHER, MARIA *et alii*, 2002a. Ressourcenverbrauch in der EU: Allokation ist mehr als Finanzierung – Zahlungsmechanismen in Sozialversicherungsländern, in: *Health System Watch II / Sommer 2002*, 1-11.

HOFMARCHER, MARIA *et alii*, 2002a. ÄrztInnen und Großstadt: Ein dichter Verband, in: *Health System Watch II / Sommer 2002*, 11-19.

HOFMARCHER, MARIA *et alii*, 2003. Diagnose Armut?, in *Health System Watch III / Herbst 2003*, 10-20.

HOFMARCHER, MARIA; RIEDEL, MONIKA, 2001. Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme?, in *Health System Watch I / Frühjahr 2001*, 8-19.

HOFMARCHER, MARIA; RÖHRLING, GERALD, 2003. *Was bringen neue Selbstbehalte?* Mimeo. IHS: Wien.

HOFMARCHER, MARIA *et alii*, 2004a. Gesundheit bleibt uns teuer – so what?, in: *Health System Watch I / Frühjahr 2004*, 7-16.

HOFMARCHER, MARIA *et alii*, 2004b. *Finanzierungsmodus der Fondskrankenanstalten nach Bundesländern*. Mimeo. IHS: Wien.

IVANSITITS, HELMUT; STREISSLER, AGNES, 1999. *Das österreichische Gesundheitswesen*. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft 72. Kammer für Arbeiter und Angestellte: Wien.

LEITNER, ANDREA; THEURL, ENGELBERT, 2004. *Soziale Krankenversicherung und Einkommensteuer: Empirische Tarifanalyse einer komplexen Beziehung*. [unveröffentlichtes Manuskript]

McGUIRE, ALISTAIR *et alii*, 1989. The Assessment: The Economics of Health Care. in: *Oxford Review of Economic Policy* 5 / 1, 1-20.

MESCH, MICHAEL (Hg.), 1997. *Neue Arbeitsplätze in Österreich*. Manz: Wien.

NEUDECK, WERNER, 2002. *Das österreichische Gesundheitssystem*. Manz: Wien.

OECD, 1996. *Health Care Reform – The Will to Change*. OECD: Paris.

OECD, 2003a. *OECD Länder kämpfen mit steigenden Gesundheitsausgaben* [online]. OECD: Paris.

[www.oecd.org/documentprint/0,2744,en\\_2649\\_37407\\_16662342\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/documentprint/0,2744,en_2649_37407_16662342_1_1_1_37407,00.html)  
(heruntergeladen April 2004).

OECD, 2003b. *Health at a Glance. OECD Indicators 2003*. OECD: Paris.

PICHLER, EVA; WALTER, EVELYN, 2002. *Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens*. IWI-Studie 99. Institut für Wirtschaftswissenschaften: Wien.

POCHOBRADESKY, ELISABETH *et al.*, 2002. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. ÖBIG: Wien.

PROBST, JOSEF 2003. Die aktuelle Situation des österreichischen Gesundheitssystems – Finanznot und Handlungsbedarf. in: *Soziale Sicherheit* 2, 49-55.

PROBST, JOSEF 2004. *Ökonomie des Gesundheitswesens*. Referatsunterlagen, gehalten am Neujahrseminar des Kautskykreises.

RECHNUNGSHOF, 2001. System des österreichischen Gesundheitswesens. in: Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes – Reform des Gesundheitswesens, Krankenanstaltenfinanzierung [online]. Rechnungshof: Wien.

[www.rechnungshof.gv.at/Berichte/Burgenland/Burgenland\\_2000\\_1/Burgenland\\_2000\\_1.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/Berichte/Burgenland/Burgenland_2000_1/Burgenland_2000_1.pdf) (heruntergeladen März 2004).

RECHNUNGSHOF, 2002. System des österreichischen Gesundheitswesens. in: Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes – Burgenland [online]. Rechnungshof: Wien. [www.rechnungshof.gv.at/Berichte/Burgenland/Burgenland\\_2003\\_2/Burgenland\\_2003\\_2.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/Berichte/Burgenland/Burgenland_2003_2/Burgenland_2003_2.pdf) (heruntergeladen März 2004).

ROSIAN, INGRID *et alii*, 2001a. *Arzneimittel – Steuerung der Märkte in der EU*. ÖBIG: Wien.

ROSIAN, INGRID *et alii*, 2001b. *Benchmarking Arzneimittelausgaben – Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union*. ÖBIG: Wien.

ROSNER, PETER, 2002. *The Economics of Social Policy*. Edward Elgar: Cheltenham.

SCHÖNBÄCK, WILFRIED, 1980. *Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatlicher Intervention*. Campus: Frankfurt.

STATISTIK AUSTRIA, 2004. *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Statistik Austria: Wien.

STEHTLIK, BRIGITTE; FLEIMISCH, CLAUDIA 2003. *Vor- und Nachteile von Gruppenpraxen* [online]. Universimed: Wien. [www.universimed.com](http://www.universimed.com) (heruntergeladen April 2004).

STREISSLER, AGNES, 2003a. Selbstbehalte als Finanzierungshilfe für die Krankenversicherung?, in: *Arbeit und Wirtschaft* 3, 26-30.

STREISSLER, AGNES, 2003b. Frauen als Leistungsträgerinnen im Gesundheitswesen, in: *Wirtschaft und Gesellschaft* 3.

STREISSLER, AGNES, 2004. *Geriatrische Langzeitpflege – Situation und Entwicklungsperspektiven*. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft 87. Kammer für Arbeiter und Angestellte: Wien.

STRONEGGER, WILLIBALD, 2003. Gesellschaftliche Grundlagen der Gesundheit. in: 5. Österreichische Armutskonferenz (Hg.), *Pflicht zum Risiko?*, 12-16.

VAN DOORSLAER, EDDY *et alii*, 2002. Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries: Has Equal Treatment for Equal Need Been Achieved?, in: OECD, *Measuring Up: Improving the Performance of Health Systems in OECD Countries*. OECD: Paris, 225-248.

WINTGEN-SAMHABER, IRMGARD, 2004. Motivationen zum Wahlarztbesuch unter besonderer Berücksichtigung von Gender-Aspekten – eine empirische Studie. in: *Soziale Sicherheit* 3, 92-97.

ZINIEL, GEORG, 2003. Selbstbehalte im Gesundheitswesen – ein gescheitertes Experiment?, in: *Soziale Sicherheit* 9, 404-408.