

ANALYSE UND EMPFEHLUNGEN ZUR ZUKÜNFTIGEN FINANZIERBARKEIT DES GESUNDHEITSWESENS

Studie im Auftrag der ‚ARGE Öllinger‘/Grüner Klub im Nationalrat

AutorInnen

Ingrid Zechmeister, MA

Mag. Josef Meichenitsch

unter Mitarbeit von

Mag. Joachim Hagleitner

Februar 2004

Kontaktadressen

Ingrid Zechmeister, MA
Abteilung für Sozialpolitik
Reithlegasse 16
A-1190 Wien
Tel.: 01-31336/5884
e-mail: ingrid.zechmeister@wu-wien.ac.at

Mag. Josef Meichenitsch
Abteilung für Sozialpolitik
Reithlegasse 16
A-1190 Wien
Tel.: 0664-4542887
e-mail: josef.meichenitsch@wu-wien.ac.at

Mag. Joachim Hagleitner
Abteilung für Sozialpolitik
Reithlegasse 16
A-1190 Wien
Tel.: 01-31336/5884
email: joachim.hagleitner@wu-wien.ac.at

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	1
2. FRAGESTELLUNG UND METHODISCHE GRUNDLAGEN.....	2
3. GESUNDHEITSPOLITIK VOR DEM HINTERGRUND VERÄNDERTER POLIT- ÖKONOMISCHER RAHMENBEDINGUNGEN.....	3
4. GESUNDHEITSAUSGABEN, EFFEKTIVITÄT DES GESUNDHEITSWESENS UND ZUKUNFTSPROGNOSEN	8
4.1. GESUNDHEITSAUSGABEN UND WACHSTUMSEFFEKTE.....	8
4.2. AUSGABENENTWICKLUNG NACH UNTERSCHIEDLICHEN BERECHNUNGSARTEN	9
4.3. EFFEKTIVITÄT DES GESUNDHEITSWESENS	15
4.4. PROGNOTIZIERTE GESUNDHEITSAUSGABEN.....	18
5. ZUKÜNFTIGE FINANZIERBARKEIT DES GESUNDHEITSWESENS	24
5.1. FINANZIERUNGSSITUATION IN DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG.....	24
5.2. EINNAHMENSEITIGE MAßNAHMEN.....	30
5.2.1. <i>Ausgangssituation und derzeitige Verteilungseffekte der Finanzierungsstrukturen</i> ...30	
5.2.2. <i>Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage</i>	33
5.2.2.1. ASVG-Versicherte, Beamte und PensionistInnen.....	34
5.2.2.2. Selbständige.....	37
5.2.2.3. Verteilungseffekte.....	38
5.2.2.4. Beitragsatzsenkung.....	40
5.2.2.5. Zusammenfassung.....	41
5.2.3. <i>Verbreiterung der Beitragsgrundlage</i>	42
5.2.3.1. Wertschöpfungsabgabe.....	43
5.2.3.2. Bürgerversicherung.....	45
5.3. AUSGABENSEITIGE MAßNAHMEN ANHAND AUSGEWÄHLTER BEISPIELE.....	49
5.3.1. <i>Arzneimittelsektor</i>	50
5.3.1.1. Rahmenbedingungen im Arzneimittelsektor	53
5.3.1.2. Bisherige Kostendämpfungsmaßnahmen und Vorschläge zur weiteren Kostendämpfung...54	
5.3.2. <i>Schnittstellenmanagement</i>	60
5.3.3. <i>Optimierung im Krankenhausbereich</i>	61
5.3.4. <i>Umwidmung/Schließung von Akutbetten</i>	63
5.4. ZUSAMMENSCHAU EINNAHMEN- UND AUSGABENSEITIGER MAßNAHMEN	67
5.5. VERÄNDERTE AUSGABENSEITIGE PRIORITÄTENSETZUNG	69
5.5.1. <i>Finanzierung von Psychotherapie</i>	69
5.5.1.1. Prävalenz psychischer Erkrankungen.....	69
5.5.1.2. Aktuelle Finanzierungssituation der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich.....71	
5.5.1.2. Finanzbedarf für Psychotherapie.....	73
5.5.1.3. Volkswirtschaftliche Effekte.....	75
5.5.2. <i>Finanzierung von (Neuro)rehabilitation</i>	76
5.5.2.1. Ausgangssituation.....	76
5.5.2.2. Volkswirtschaftliche Effekte.....	78
6. ANALYSE VORGESTELLTER MAßNAHMEN VOR DEM HINTERGRUND GRÜNER GESUNDHEITSPOLITIK.....	80
6.1. ‚TEILHABE‘ ALS VISION GRÜNER GESUNDHEITSPOLITIK	80
6.1.1. <i>Was bedeutet ‚Teilhabe‘?</i>	81
6.1.2. <i>Teilhabe und Gesundheitspolitik</i>	82
6.2. VORGESTELLTE FINANZIERUNGSMAßNAHMEN ALS SCHRITTE ZUR TEILHABE?	84
7. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	88
8. LITERATURVERZEICHNIS.....	91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Österreich.....	11
Tabelle 2: Lebenserwartung bei Geburt in Europa	17
Tabelle 3: Säuglingssterblichkeit/1000 Lebendgeburten	18
Tabelle 4: Gebarungsentwicklung in der Sozialen Krankenversicherung in Mio. Euro	25
Tabelle 5: Erwerbsquoten in Österreich.....	28
Tabelle 6: Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für ArbeiterInnen, Angestellte, Beamte und PensionistInnen in Euro	35
Tabelle 7: Belastung der Dienstgeber mit Beschäftigten, deren Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage liegt, in Mio. Euro.....	36
Tabelle 8: Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für Selbständige in Euro	37
Tabelle 9: Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für unselbständige Frauen und Männer in Euro	39
Tabelle 10: Mögliche Senkungen der Beitragssätze für ArbeiterInnen, Angestellte und Beamte	41
Tabelle 11: Wertschöpfungsbemessungsgrundlagen 2004 auf Basis einer Trendextrapolation in Mrd. Euro.....	44
Tabelle 12: Steuerungsmaßnahmen zur Kostendämpfung bei Arzneimittelausgaben	55
Tabelle 13: Abschaffung/Reduzierung der USt auf Medikamente in Mio. Euro	58
Tabelle 14: Akutbetten und Verweildauer in ausgewählten OECD Ländern 2001/2000	64
Tabelle 15: Zu erwartende öffentliche Kosten für Finanzierung von Psychotherapie	74
Tabelle 16: Förderung von Teilhabe durch unterschiedliche politische Maßnahmen	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der (öffentlichen) Gesundheitsausgaben in Mio. € 1997-2001	11
Abbildung 2: Finanzierung der Gesundheitsausgaben 2000 nach Kostenträger in Prozent	12
Abbildung 3: Anteil der Financiers an den öffentlichen Gesundheitsausgaben 1999 in Prozent	13
Abbildung 4: Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben 2001 in % des BIP	14
Abbildung 5: Gesundheitsausgaben 1999 nach unterschiedlichen Berechnungsarten	15
Abbildung 6: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im EU-Vergleich in Prozent	17
Abbildung 7: Einnahmenstruktur der Krankenversicherung im Jahr 2001	26
Abbildung 8: Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung 1970-2002	26
Abbildung 9: Entwicklung ausgewählter Einnahmen- und Ausgabenpositionen der KV zwischen 1990 und 2000 in Prozent.....	27
Abbildung 10: Veränderung der Lohnquoten in Österreich 1976 bis 2001	28
Abbildung 11: Selbstbehalte in Österreich in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	32
Abbildung 12: Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für ArbeiterInnen, Angestellte, Beamte und PensionistInnen in Mio. Euro	35
Abbildung 13: prozentueller Anteil der Betroffenen bei einer Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage nach Berufsgruppen	39
Abbildung 14: Anteil der gesamten Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben 2001 im EU-Vergleich	50
Abbildung 15: EU-Vergleich der Arzneimittelausgaben (inkl. Ust.) pro Kopf 1999 in Euro.....	51
Abbildung 16: Gegenüberstellung von Kassendefizit und geschätzten monetären Effekten einnahmen- bzw. ausgabenseitiger Maßnahmen in Mio. Euro	68
Abbildung 17: Veränderung der Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankung zwischen 1993 und 2002 (1993=100%)	70
Abbildung 18: Anzahl der FachärztInnen für Neurologie/Psychiatrie pro 10.000 Einwohner Stand 2000.....	77
Abbildung 19: Anzahl der TherapeutInnen der ambulanten neurologischen Rehabilitation in Tirol pro 10.000 Einwohner Stand 2000	77

Abkürzungsverzeichnis

Amb.	Ambulant
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BIP	Bruttoinlandsprodukt
COFOG	Classification of Functions of Government
EBM	Evidence based medicine
Est	Einkommenssteuer
EU	Europäische Union
GKK	Gebietskrankenkasse
GL	Gesundheitsleistungen
HBG	Höchstbeitragsgrundlage
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases
IWI	Industriewissenschaftliches Institut
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KV	Krankenversicherung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LSt.	Lohnsteuer
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
ÖBPV	Österreichischer Berufsverband für Psychotherapie
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
Pt	Psychotherapie
Stat.	Stationär
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
USt.	Umsatzsteuer
VAP	Verein für ambulante Versorgung
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
VZ	Volkszählung
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WGPV	Wiener Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung
WTO	World Trade Organisation

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen ist in zahlreichen westeuropäischen Ländern seit längerem im Wandel begriffen. Die Notwendigkeit für derartige Neustrukturierungen wird mit unterschiedlichen Argumenten begründet, wie etwa mit einer drohenden Unfinanzierbarkeit oder mit den vorherrschenden inflexiblen und ineffizienten Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen. Die zukünftige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens erlangt damit einen zunehmend zentralen Stellenwert in der gesundheitspolitischen Debatte. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, diesbezüglich unterschiedliche Reformmaßnahmen und -ansätze vorzustellen und in einen breiteren polit-ökonomischen Kontext einzubetten. Die vorgestellten Ansätze werden abschließend vor dem Hintergrund möglicher Visionen einer ‚grünen Gesundheitspolitik‘ diskutiert. Die Ergebnisse der Studie sind nicht als fertige Konzepte, sondern als Diskussionsgrundlage für eine weiterführende grün-interne, sowie öffentliche Auseinandersetzung mit der Thematik zu betrachten. Die Studie wurde im Auftrag der ‚ARGE Öllinger‘ des Grünen Parlamentsklubs durchgeführt.

2. Fragestellung und methodische Grundlagen

<i>Warum diese Studie?</i>	<p>Im Zentrum der Studie steht die Frage nach der zukünftigen Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Dabei werden – aufbauend auf die vorherrschende Ausgangssituation – sowohl einnahmenseitige, als auch ausgabenseitige Finanzierungsaspekte und Reformvorschläge erläutert und diskutiert. Ein weiterer Teil der Studie greift einige konkrete Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens heraus und widmet sich Fragen der Finanzierung von Psychotherapie und Neurorehabilitation.</p>
<i>Finanzierungsfrage wird in polit-ökonomischen Kontext eingebettet</i>	<p>Die Analyse würde jedoch zu kurz greifen, wenn Finanzierungsaspekte losgelöst vom polit-ökonomischen Kontext behandelt werden. Mit dem Bezug zu gesamtgesellschaftlichen Zusammenhängen sollen daher vorherrschende Debatten, sowie die verschiedenen Reformansätze in ihrem breiteren Gefüge, insbesondere in ihrer ideologischen Einbettung sichtbar gemacht werden. Nicht zuletzt sind Finanzierungsstrukturen im Gesundheitswesen ein gesellschaftspolitisches Gestaltungselement. Die unterschiedlichen Finanzierungsmaßnahmen spiegeln somit über ihre Verteilungswirkung bestimmte gesundheits- und gesellschaftspolitische Ansätze wider. Ebendiese Gestaltungswirkung von Finanzierungsmaßnahmen und ihre politisch-strategische Referenz gilt es aufzuzeigen. Schlussendlich geht es darum, die Ergebnisse mit einer ‚Vision Grüner Gesundheits- und Gesellschaftspolitik‘ zu verbinden und die Maßnahmen unter den Gesichtspunkten einer ‚Grünen Gesundheitspolitik‘ zu diskutieren.</p>
<i>Studie basiert auf Sekundärliteratur und eigenen Berechnungen</i>	<p>Die umfangreiche Thematik kann im vorgegebenen 2-monatigen Zeitraum nicht erschöpfend behandelt werden. Die vorliegende Studie stützt sich demnach methodisch auf österreichische und internationale Sekundärliteratur. Zahlreiche Berechnungen, sowie Informationen aus ExpertInnenengesprächen ergänzen die Ergebnisse. Bei den verschiedenen Datensätzen für die Berechnungen war die zeitliche Kongruenz nicht immer gegeben. Zusätzlich standen die AutorInnen vor dem Problem, dass Daten lückenhaft oder gar nicht vorhanden sind. Die errechneten Werte sind daher nicht als punktgenaue Quantifizierung zu verstehen, sondern sollen Größenordnungen aufzeigen.</p>

3. Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund veränderter polit-ökonomischer Rahmenbedingungen

Unfinanzierbarkeit des Gesundheitswesens?

Gegenwärtige gesundheitspolitische Debatten werden vom Thema der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und damit verbundenen Prognosen der Unfinanzierbarkeit beherrscht. Zu den am häufigsten genannten Einflussfaktoren für die steigende Ausgabenentwicklung zählt der demographische Wandel bzw. die zunehmende Überalterung der Gesellschaft, der medizinische Fortschritt und die Anspruchsinflation der Versicherten (z.B. Flemmich und Ivansitz 2000). Die Diskussionen sind häufig begleitet von Forderungen nach Senkung der öffentlichen Ausgabensteigerung bzw. nach effizienterem Einsatz der vorhandenen Mittel. Die Diskussion um die Unfinanzierbarkeit ist mitnichten eine neue. Wie Kühn (2001) anmerkt, kündigt bereits die wirtschaftsliberale Literatur der 50er Jahre die endgültigen Grenzen des finanzierbaren Sozialstaats an.

Internationale Einflüsse verändern wohlfahrtsstaatliches Handeln

Die Debatte lässt sich besser nachvollziehen, wenn zusätzlich der polit-ökonomische Hintergrund beleuchtet wird. Zunächst ist zu beobachten, dass die staatliche Steuerungsfähigkeit durch den verstärkten Einfluss von supranationalen Institutionen und Organisationen (WTO, EU etc.) als zunehmend eingeschränkt bezeichnet wird und der Nationalstaat insgesamt in Frage gestellt wird (vgl. Jessop 1999). Wenngleich sozialpolitische Agenden nach wie vor als nationalstaatliche Angelegenheiten gelten, betreffen supranationale Strukturen und Vorgaben zumindest indirekt auch wohlfahrtsstaatliche Aspekte. Charakteristisch ist in diesem Zusammenhang, dass wohlfahrtsstaatliche Reformen im Gewand von ökonomischen und politischen Sachzwänge erscheinen, die sich etwa im ‚Diskurs der leeren Kassen‘ bzw. im ‚Spardiskurs‘, oder in der Debatte um den ‚schlanken (Sozial)staat‘ äußern. Die Argumentation verläuft üblicherweise dahingehend, angesichts von Steuerwettbewerb und Druck zur Sicherung des Wirtschaftsstandortes die Staatseinnahmen zu senken. Wenn nun gleichzeitig das jährliche Budgetdefizit bei Einhaltung des EU-Stabilitäts- und Wachstumspaktes jährlich 3% des BIP nicht überschreiten darf, bedeutet jede Einnahmensenkung weniger ausgabenseitigen Spielraum für die öffentliche Hand. Eine Steuer- und Abgabensenkung liefert daher zugleich eine (scheinbare) Notwendigkeit für Ausgabensenkung und lässt jede sozialpolitische Forderung, die (erhöhte) Staatsausgaben impliziert, unrealistisch erscheinen. Öffentliche sozialpolitische Aktivitäten müssen nicht mehr primär sozial- sondern vorrangig wirtschaftspolitischen Kriterien genügen. Kühn (2001,5) merkt dazu an:

„Wenn Sachzwänge öffentlich zu einem Bedrohungsszenarium dramatisiert worden sind, werden Restriktionen zu zwingenden Schlussfolgerungen, ja Rettungstaten.“

*Sparen als
Ziel im
Gesundheits-
wesen?*

Auch in der Gesundheitspolitik ist die Sparlogik zur vorherrschenden Argumentationsbasis geworden. Die Sinnfrage gesundheitspolitischer Handeln scheint zunehmend abhanden zu kommen. Mit dem Spardiskurs wird Sparen im Gesundheitswesen zum Ziel an sich, während kaum eine Diskussion um die Aufgaben und die Rolle des Staates in der Gesundheitspolitik stattfindet. Zwar besteht quer durch die Parteien Konsens darüber, das Solidarprinzip im Gesundheitssystem zu erhalten, es erfolgt aber kaum eine Debatte zu den Fragen, in welcher Form und in welchem Umfang öffentliche Gesundheitsausgaben gesamtwirtschaftlich produktiv sein können und welche Aufgaben die öffentliche Hand im Bereich des Gesundheitswesens in welcher Weise übernehmen soll. Die Frage nach dem gesellschaftlichen Nutzen des Gesundheitssystems wird kaum mehr gestellt, ebenso wenig wird die Leistung des Gesundheitssystems vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Ziele reflektiert. Stattdessen werden primär Geldgrößen (z.B. Einsparungsvolumina) festgelegt, um dann zu überlegen, mit welchen Maßnahmen diese monetären Ziele zu erreichen sind. Der Fokus der Betrachtung verschiebt sich dabei zunehmend von einer gesamtwirtschaftlichen zu einzelwirtschaftlichen bzw. betriebswirtschaftlichen Sichtweise, die betriebswirtschaftliche Effizienz zum Ziel an sich erklärt. Diese Logik übernehmen insbesondere die einzelnen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, sie wird aber durchaus auch auf den Staatshaushalt übertragen (BEIGEWUM 2000). Damit geht der Blick für das ‚Ganze‘ bzw. ‚das Wesen‘ der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems verloren. In der Folge verstärkt sich die Tendenz zur Fragmentierung und Desintegration.

*Nicht jede
öffentliche
Sparmaß-
nahme ist eine
volkswirt-
schaftliche
Einsparung*

Die Kostendebatte beschränkt sich generell auf die öffentlichen Ausgaben. Nicht jede öffentliche Ausgabenreduzierung ist jedoch notwendigerweise eine Einsparungsmaßnahme im gesamtwirtschaftlichen Sinn. Durch Belastung anderer Sektoren können zusätzliche indirekte Kosten anfallen (z.B. mehr informelle Pflege führt zu Produktionsverlust durch Arbeitsausfall der pflegenden Personen und zu Kosten für die Arbeitgeber), sodass die volkswirtschaftlichen Kosten mitunter höher sind, als vor der Einsparungsmaßnahme. Inwieweit eine Senkung der öffentlichen Ausgaben zu Kostenverschiebungen in andere

Bereiche führt (z.B. Zivilgesellschaft, Familie, Individuen), wird bei den vorherrschenden Kostendebatten selten thematisiert. Vielmehr gilt eine Umverteilung der Finanzierungslast von der Krankenversicherung auf Private meist als Einsparung. Zudem betrifft eine öffentliche Ausgabenkürzung jene Personen, denen die Staatsausgaben bislang zugute kamen. In Österreich haben Gesundheitsausgaben eine deutliche Umverteilungswirkung zugunsten niedrigerer Einkommenschichten. Diese Personen sind daher von Einsparungen besonders betroffen, insbesondere dann, wenn keine einnahmenseitigen Veränderungen hin zu mehr Umverteilung stattfinden. Derartige verteilungspolitische Aspekte werden in den Einsparungsdebatten vielfach außer Acht gelassen. In Kapitel 5 soll darauf noch näher eingegangen werden.

Insgesamt ist die Debatte um Kostensenkung im Lichte der liberalen Wohlfahrtsstaatstransformationsprozesse zu verstehen. Im liberalen Gesundheitsmodell geht es darum, die Aufgaben des Staates im Sozialbereich zunehmend auf Kernleistungsbereiche zu beschränken. Der Staat wird dabei in den Sozialagenden auf eine Art „Ausfallsbürgschaft beim Versagen des Marktes“ reduziert (Sauer 2001, 286). Allerdings findet dabei nicht nur der viel beschworene Abbau des Sozialstaates im Sinne von Deregulierung und Privatisierung statt, sondern vielmehr kommt es zum Umbau des Staates im Sinne einer Vermarktlichung, sprich einer Übertragung der Marktlogik auf sozialstaatliche Agenden das Gesundheitswesen in Richtung eines ‚Gesundheitsmarktes‘, bei der marktliche mit autoritären Elementen verbunden werden. Die wesentlichen Charakteristika der Marktlogik sind einerseits die ‚Kommodifizierung‘¹, die Dinge zu ‚Waren‘ macht und Gesundheitsleistungen damit Privateigentumscharakter verleiht. Dies passiert etwa dann, wenn die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunehmend von individueller Zahlungsfähigkeit abhängt (z.B. durch vermehrte Selbstbehalte). Damit Gesundheitsleistungen mit einem ‚Preis‘ versehen werden können, müssen sie definitorisch als Leistungspaket abgegrenzt werden, wie dies etwa bei der Krankenhausfinanzierung der Fall ist. Das zweite Charakteristikum der Marktlogik ist die Transformation von Leistungsanbietern zu Gesundheitsunternehmen nach privatwirtschaftlichem Modell, sowie die Konstruktion von NutzerInnen zu ‚UnternehmerInnen‘ ihrer selbst. Erstere Veränderung ist z.B. sichtbar in der Ausgliederung von Krankenanstaltengesellschaften unter Schaffung neuer

Tendenzen hin zu liberalem Gesundheitsmodell sind erkennbar

¹ Kommodifizierung benennt den Prozess des ‚Zur-Ware-Werdens‘ von Dingen. Dinge werden zu Waren, indem sie Eigentumscharakter bekommen, d.h. den Eigentümern erlaubt, andere von der Nutzung auszuschließen

Rechtsformen, oder im zunehmenden Stellenwert der betriebswirtschaftlichen Effizienz innerhalb der einzelnen Anbieter sowie im allgemeinen öffentlichen Diskurs zum Gesundheitswesen. Letzteres manifestiert sich im Diskurs um die individuelle Selbstverantwortung für Gesundheit, wie folgende Aussage verdeutlicht: „Es wäre notwendig unser aller Eigenverantwortung als Marktteilnehmer zu stärken. ... Zunächst müsste es darum gehen, dass das Recht auf Medizin zwar für jedermann vorhanden ist, dass diesem Recht allerdings auch die Pflicht zur ‚Compliance‘ gegenübersteht“ (Eichler 2003). Das dritte wesentliche Element der Marktlogik ist der Wettbewerb, der als Mittel zur Erreichung formulierter Ziele gilt. Damit Wettbewerb funktionieren kann, müssen einzelne Leistungen fragmentiert und vergleichbar gemacht werden. Qualität wird durch (quantitative) Indikatoren in Quantität übergeführt, um sie messbar zu machen. Konkrete Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen sind etwa benchmarking-Modelle zum Kosten- und Qualitätsvergleich.

*Liberal-
autoritäre
Gesundheits-
politik
verändert
Entscheidungs-
prozesse*

Selbst in einer liberal-autoritär inspirierten Zeit, in der PolitikerInnen die Beziehung zwischen Staat und Gesundheitssektor umgestalten, kann aber nicht vom Verschwinden der Gesundheitspolitik gesprochen werden. Vielmehr ist eine gesundheitspolitische Veränderung zu beobachten. Mit der ‚Ökonomisierung‘ und der ihr immanenten Berufung auf Effizienz und Wahlfreiheit kommt es einerseits zu einer neuen Grenzziehung zwischen den Sektoren ‚Staat‘, ‚Markt‘, ‚Zivilgesellschaft‘ und ‚Familie‘. Mit dem Ruf nach mehr Eigenverantwortung wird etwa den Sektoren ‚Zivilgesellschaft‘ und ‚Familie‘ verstärkte Finanzierungs- und/oder Versorgungsverantwortung zugeteilt wie dies am Beispiel beständiger Selbstbehaltforderungen zum Ausdruck kommt. Andererseits verändern sich Entscheidungsstrukturen und -orte. Charakteristisch sind ‚private‘ Verhandlungs- und Entscheidungsorte abseits formaldemokratischer Gremien und der zunehmende Einfluss von Partikularinteressen (Weber 2001). Diese Veränderungen passieren vielfach subtil. Wenn etwa die Budgetverteilung im Gesundheitswesen primär nach betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien erfolgt, verkommt die politische Debatte um die Verteilung der Gesundheitsausgaben zur Farce. Eine Zuteilung von Ressourcen primär nach Bedarfskriterien oder politischen Kriterien (z.B. Ausgleich bestehender Unterversorgung mit FachärztInnen für Psychiatrie) wird damit zunehmend verunmöglicht. Auf ähnliche Weise passiert bei einer Ausgliederung von Krankenhausgesellschaften nicht nur eine budgetäre Verschiebung, sondern sie bringt auch veränderte Einflussmöglichkeiten bestimmter Interessensgruppen mit sich, die als

demokratiepolitisch problematisch bezeichnet wurden
(Jäger/Leitner/Tomassovits 2001). Insgesamt spiegeln diese Transformationsprozesse eine ‚Ent-Öffentlichung‘ (Privatisierung als Verlust einer öffentlichen Diskussion) und damit gleichzeitig eine Entdemokratisierung der Gesundheitspolitik wider. Dieses Denken stellt eine globale Entwicklung dar, die in den späten 1980er Jahren einsetzte und in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre an Intensität gewann.

*Sozialdemo-
kratisches
Gesundheits-
modell sichert
Versorgung,
weist aber
Demokratie-
defizite auf*

Demgegenüber steht das sozialdemokratische Gesundheitsmodell, das auf umfassende materielle öffentliche Versorgung mit Gesundheitsleistungen und auf die Bewahrung des bürokratischen Versorgungsstaats setzt. In diesem Modell steht der Öffentlichkeitscharakter von Gesundheitsleistungen im Vordergrund. Gesundheitsleistungen gelten hier nicht als Privateigentum, sondern als öffentliches Gut². Dies kommt z.B. in der Versorgung mit öffentlich finanzierten Sachleistungen zum Ausdruck. Leistungen werden nicht individuell ‚gekauft‘, sondern stehen als Sache zur Verfügung und werden über ein solidarisches Sozialversicherungssystem finanziert. Hinsichtlich der Organisationsstrukturen bildeten sich im sozialdemokratischen Versorgungsstaat tendenziell starre Organisationsformen und zentralistische Entscheidungsstrukturen heraus, in denen das ExpertInnen_tum zunehmend über die Politik dominierte und die Bevölkerung entmündigte. Die Ambivalenz des sozialdemokratischen Versorgungsstaates kommt insbesondere in der feministischen Wohlfahrtsstaatskritik zum Ausdruck (z.B. Gerhard 1988). Konkret im Gesundheitswesen sind zentrale konstatierte Mängel etwa das vorherrschende naturwissenschaftliche Paradigma, das Gesundheit und Krankheit primär als medizinisches Problem definiert, oder die ärztliche Dominanz verbunden mit mangelnden Möglichkeiten der einzelnen NutzerInnen des Gesundheitswesens zu selbstbestimmtem Handeln. Bereits in den 1970er Jahren begann eine Sozialstaatskritik, die existierende wohlfahrtsstaatliche Versorgungsstrukturen als unflexibel, paternalistisch und bürokratisch bemängelte. Ein wesentliches Charakteristikum dieser Diskussion ist es allerdings, dass ein ursprünglich emanzipatorisch ausgerichteter Freiheitsdiskurs in eine bloß sozialstaatskritische Richtung umgebogen wurde (Becker 2003, 10; Rose 2000), die gleichzeitig Kostensenkungsargumente legitimierte. Gerade die eingeschränkte Reichweite von Demokratie und Freiheit lieferten nicht zuletzt die Legitimation für liberale Reformprojekte.

Nach diesen Ausführungen stehen sich gegenwärtig zwei Modelle von Gesundheitspolitik gegenüber, das sozialdemokratische Versorgungsmodell einerseits und das liberal-autoritäre Modell andererseits, wobei letzteres in Österreich zunehmende Bedeutung erlangt. Die vorgestellten gesamtgesellschaftlichen Zusammenhänge bilden den Kontext für die nachfolgenden Inhalte und Reformansätze.

4. Gesundheitsausgaben, Effektivität des Gesundheitswesens und Zukunftsprognosen

4.1. Gesundheitsausgaben und Wachstumseffekte

Gemeinhin wird der Anstieg der Gesundheitsausgaben als negativer Effekt beschrieben, den es bestmöglich einzudämmen gilt. Dies wird vielfach damit begründet, dass hohe Gesundheitsausgaben wirtschaftliche Probleme verursachen (z.B. hohe Lohnnebenkosten für Arbeitgeber durch steigende Krankenversicherungsbeiträge). Es sei gleich am Beginn darauf hingewiesen, dass steigende Gesundheitsausgaben mit vielen positiven Effekten, etwa für die Beschäftigung, einhergehen. Aus geschlechtsspezifischer Perspektive ist gerade für Frauen das Gesundheitswesen ein bedeutendes Beschäftigungsfeld. So beträgt der Frauenanteil bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen fast 80% (Streissler 2003). Alleine in Wiener Krankenanstalten waren im Jahr 2000 von 21.273 nicht-ärztlichen Beschäftigten 17.855 Personen Frauen (Statistik Austria 2002). Zudem sind aus ökonomischer Perspektive auch wohlfahrtserhöhende Effekte von Entwicklungen einzubeziehen. Während die positive Wirkung von Wachstum auf Gesundheit seit langem als gesichertes Faktum gilt (Ettner 1996), gibt es nun auch neuere Studien, die dieselbe Relation in der umgekehrten Reihenfolge bestätigen. Demnach erhöhen bessere Gesundheit und eine erhöhte Lebenserwartung die Produktivität der Arbeitskräfte (Bhargava et al 2001). Weiters kann bei verbessertem Gesundheitsstand davon ausgegangen werden, dass aufgrund abnehmender Krankheitsfälle und einem späteren Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess weniger Krankenstandsfälle auftreten (Hofmarcher/Riedel 1999). Nicht außer Acht zu lassen ist auch die durch gesunde Menschen erhöhte soziale Sicherheit und deren Beitrag zu einem stabilen Wachstum.

Gesundheitsausgaben gehen mit positiven volkswirtschaftlichen Effekten einher

² Ein öffentliches Gut zeichnet sich durch Nicht- Ausschließbarkeit und Nicht-Rivalität im Konsum aus

Bloom, Canning und Sevilla (2001) untersuchten die Auswirkungen von Gesundheit auf das Wirtschaftswachstum mittels einer Produktionsfunktion, die neben Ausbildung und Erfahrung auch die Gesundheit der Menschen in Form von Lebenserwartung einbezieht. In einer breit angelegten Analyse von mehr als 60 Ländern im Zeitraum 1960 - 1990 kommen sie zum Ergebnis, dass Gesundheit in signifikant positiven Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Wachstum eines Landes steht. Gesunde Menschen arbeiten mehr und auch produktiver und verdienen dadurch höhere Einkommen als ungesunde. In ihren Berechnungen kommen die Autoren zum Schluss, dass eine Erhöhung der Lebenserwartung der Bevölkerung um ein Jahr zu einem durchschnittlichen Wachstum der Wirtschaft um 4% führt. Auf Basis dieser Ergebnisse halten die AutorInnen eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben schon allein aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsproduktivität und das Wirtschaftswachstum für gerechtfertigt.

4.2. Ausgabenentwicklung nach unterschiedlichen Berechnungsarten

Es existieren mehrere Berechnungsarten für Gesundheitsausgaben

Statistik Austria berechnet Endverbrauch

Derzeit existieren mehrere Berechnungsarten für die Ermittlung von Gesundheitsausgaben. Die Höhe der österreichischen Gesundheitsausgaben unterscheidet sich je nach verwendeter Berechnungsmethode. Die Statistik Austria berechnet Gesundheitsausgaben gemäß volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung nach dem Endverbrauch (vgl. Tab.1), wonach kein Aufschluss über die Finanzierung der Gesundheitsausgaben bzw. über die Zahlungsströme gegeben ist. Die Gesundheitsausgaben entsprechen hierbei der Summe aus privatem und öffentlichem Konsum von Gesundheitsleistungen, sowie öffentlichen Investitionen und laufenden Transfers. Nach dieser Berechnung ist der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP zwischen 1997 und 2001 von 7,6% (13,8 Mrd. Euro) auf 7,3% (15,6 Mrd. Euro) gesunken. Die pro Kopf Ausgaben machten 2001 1.958 Euro aus. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben beliefen sich in diesem Jahr auf einen Anteil von 4,9% des BIP oder 10,5 Mrd. Euro, die privaten Konsumausgaben (ohne Selbstbehalte) für den Bereich Gesundheit betragen 2,2% des BIP. Im Zeitverlauf ist nach der vorliegenden Berechnung seit 1999 nur mehr ein flacher Anstieg der absoluten Gesundheitsausgaben zu verzeichnen (vgl. Abb. 1). Die öffentlichen

Gesundheitsausgaben sind in den letzten Jahren leicht gesunken und betragen 2001 etwa zwei Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben. Das entspricht einem Anteil von 9,5% an den gesamten österreichischen Staatsausgaben. Die privaten Konsumausgaben für Gesundheit stiegen zwischen 1997 und 2001 deutlich an. Zu Preisen von 1995 ist seit 1997 ein jährlicher durchschnittlicher Zuwachs von 4,5% zu verzeichnen (im Vgl. dazu stieg das BIP nur um 2,5%).

*Statistik
Austria -
Methode
bezieht nicht
alle
öffentlichen
Ausgaben in
Berechnung
ein*

Problematisch an der Berechnungsmethode ist, dass ein Teil der Ausgaben im Krankenhausbereich nicht erfasst wird. Zum einen gelten seit 1997 Krankenanstalten als Marktproduzenten³, was zur Folge hat, dass nur die LKF-Zahlungen (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) in den öffentlichen Gesundheitsausgaben aufscheinen, während steuerfinanzierte Defizite und Trägeranteile nicht ausgewiesen werden. Bis zum Jahr 2000 wurde dieser Informationsverlust über die sog. COFOG⁴-Rechnung (Messung der Staatsausgaben nach Ausgabenbereichen) wettgemacht, die alle öffentlichen Gesundheitsausgaben, sowie sonstige Staatsausgaben im Bereich Gesundheit umfasst. Werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben ausschließlich nach dem COFOG-Prinzip berechnet, betragen sie im Jahr 2000 16,5 Mrd. Euro (Hofmarcher/Riedel/Röhrling 2002). Sie sind um 6 Mrd. Euro höher, als die öffentlichen Ausgaben gemäß OECD/VGR-Verbrauchskonzept. Allerdings scheinen mit 2001 durch die Ausgliederung der Krankenhäuser und -betriebsgesellschaften auch unter COFOG-,Staatsausgaben' nur mehr die LKF-Zahlungen auf, während darüber hinaus gehende Zahlungen des Krankenhausbereichs nicht enthalten sind.

*IHS schätzt 4
Mrd. höhere
Ausgaben*

Das IHS versuchte in einer eigenen Schätzung, diesem Problem Rechnung zu tragen und kommt im Ergebnis zu einer Unterschätzung der Gesundheitsausgaben von etwa 4 Mrd. Euro. Werden diese Ausgaben berücksichtigt, beläuft sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP für das Jahr 2000 auf 9,4% (Hofmarcher/Röhrling 2003).

³ Als Marktproduzenten gelten alle Fondskrankenanstalten, die über 50% ihrer Einnahmen aus LKF-Einnahmen lukrieren (sie ‚verkaufen‘ ihre Leistungen an die Landesfonds)

⁴ Classification of Function of Government

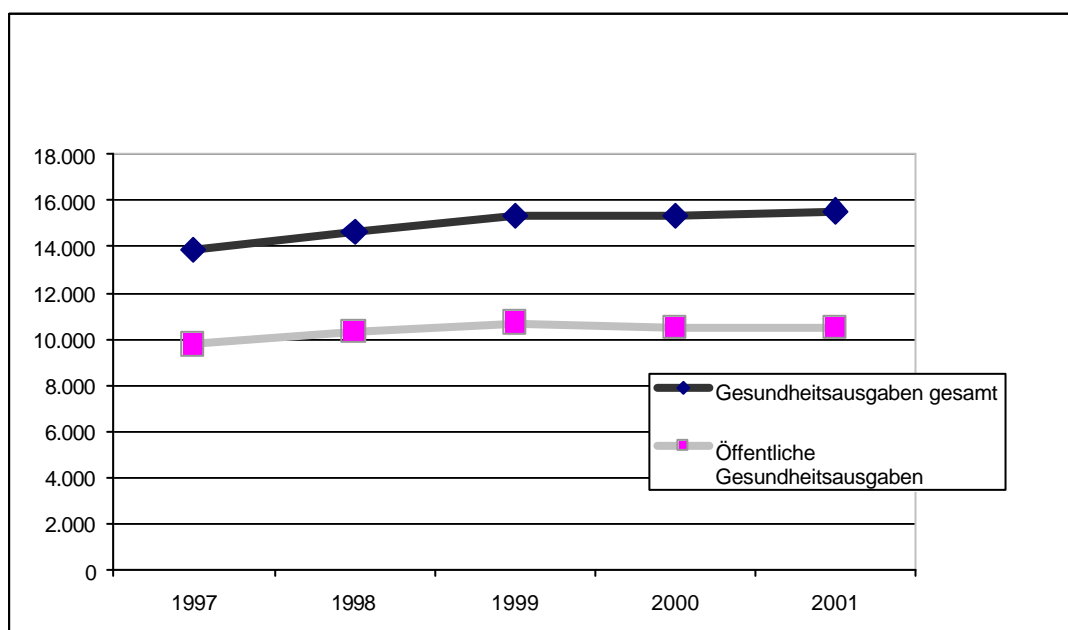
Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Österreich

	1997	1998	1999	2000	2001	1997/2001 WTR*
In Mio. €						
Gesundheitsausgaben gesamt	13.839	14.644	15.353	15.344	15.561	3,0
Konsumausgaben Staat	9.047	9.544	9.896	9.764	9.887	2,2
Konsumausgaben der priv. Haushalte, Gesundheit	3.815	4.045	4.310	4.483	4.659	5,1
Konsumausgaben private Organisationen ohne Erwerbszweck	10	11	12	12	12	4,7
Investitionen	967	1.045	1.135	1.085	1.002	0,9
Öffentliche Gesundheitsausgaben	9.744	10.319	10.700	10.517	10.476	1,8
Staatsausgaben konsolidiert	98.717	103.369	106.701	108.658	110.840	2,9
BIP	182.486	190.628	197.154	207.037	211.857	3,8
In Prozent des BIP						
Gesundheitsausgaben gesamt	7,6	7,7	7,8	7,4	7,3	
Konsumausgaben der privaten Haushalte, Gesundheit	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	
Öffentliche Gesundheitsausgaben	5,3	5,4	5,4	5,1	4,9	
Staatsausgaben	54,1	54,1	54,1	52,5	52,3	
Soziale Sachleistungen	4,9	5,0	5,0	4,9	4,8	
Öffentliche Gesundheitsausgaben						
In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	70,4	70,5	69,7	68,5	67,3	
In Prozent der Staatsausgaben	9,9	10,0	10,0	9,7	9,5	

*durchschnittliche jährliche Wachstumsrate

Quelle: Hofmarcher/Röhrling 2003 gemäß Statistik Austria

Abbildung 1: Entwicklung der (öffentlichen) Gesundheitsausgaben in Mio. € 1997-2001

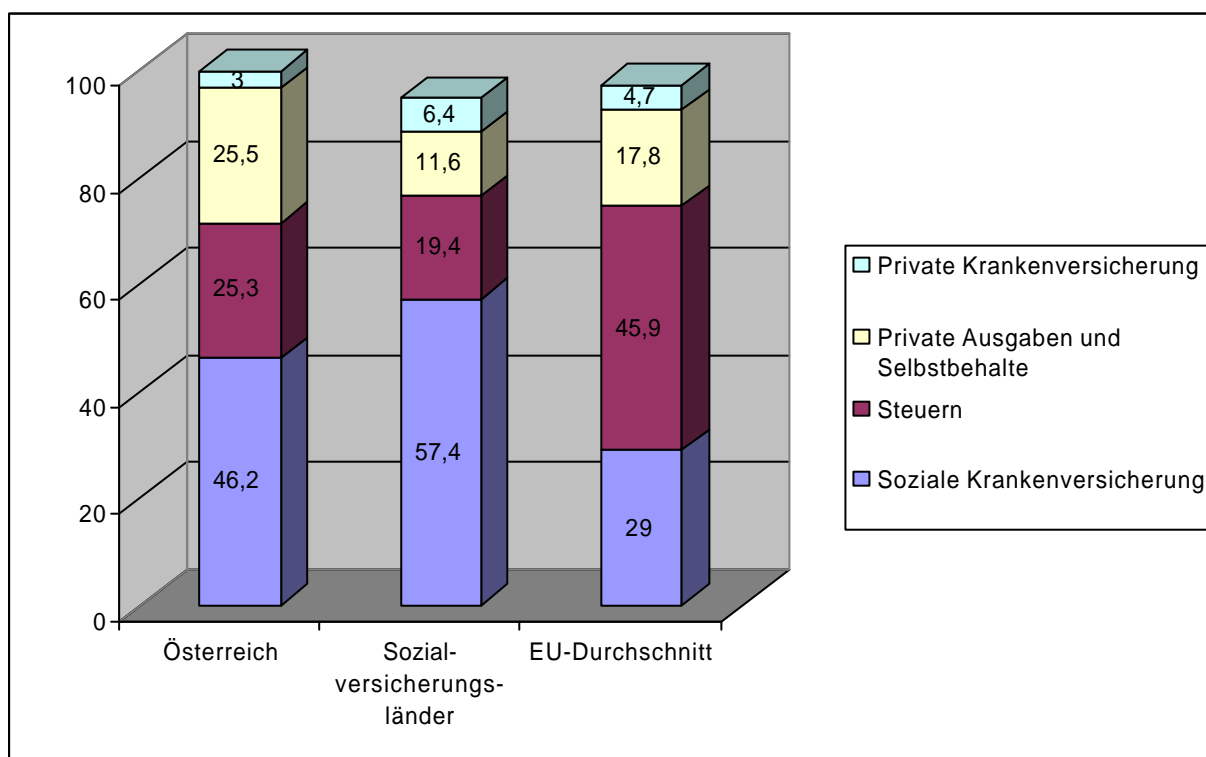


Quelle: Hofmarcher/Röhrling 2003 gemäß Statistik Austria

vergleichsweise hoher steuerfinanzierter und privater Anteil an Gesundheitsausgaben in Österreich

Mit der Darstellung der Gesundheitsausgaben ist allerdings noch nichts über die Finanzierungsseite gesagt. Aufgeschlüsselt nach Kostenträgern wurden im Jahr 2000 knapp die Hälfte der Gesundheitsausgaben über Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Je ein Viertel der Finanzierung ist auf Steuermittel und private Ausgaben einschließlich Selbstbehalte zurückzuführen. Nur 3% der Ausgaben wurden über private Krankenversicherungen finanziert (vgl. Abb. 2). Im Vergleich zu anderen Sozialversicherungsländern sind der steuerfinanzierte und der privat finanzierte Anteil in Österreich deutlich höher.

Abbildung 2: Finanzierung der Gesundheitsausgaben 2000 nach Kostenträger in Prozent



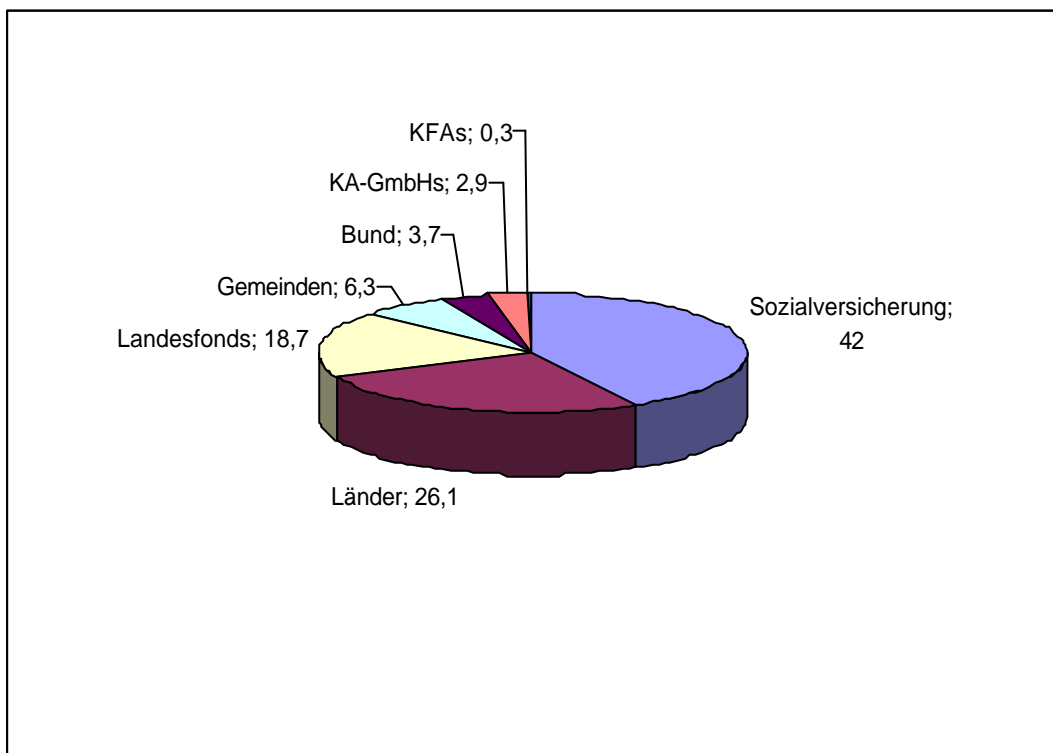
Sozialversicherungsländer: Österreich, Belgien, Deutschland, Frankreich, Israel, Luxemburg, Niederlande, Schweiz
 Quelle: Hofmarcher/Röhring 2003

IWI - Methode ergibt höchste Werte bei Gesundheitsausgaben

Eine weitere Berechnung der Gesundheitsausgaben stammt vom Industriegewissenschaftlichen Institut (IWI) (Pichler/Walter 2002). Anstelle des Endverbrauchs werden nach deren Methode die Zahlungsströme der einzelnen beteiligten Kostenträger summiert, die Berechnung erfolgt also aufkommensseitig. Zusätzlich nahmen die Autorinnen eine andere Abgrenzung für ‚Gesundheitsausgaben‘ vor, die – im Gegensatz zu anderen Berechnungen – die Bereiche ‚Alten- und Pflegeheime‘ (967 Mio. Euro), ‚klinischer Mehraufwand‘ (323 Mio. Euro), ‚Ärztegehälter an Unikliniken‘ (178 Mio. Euro), ‚Heeres- und

Justizspitäler' (47 Mio. Euro), Kranken- und Hauskrankenpflege' (46 Mio. Euro) und ‚Ausbildung im Gesundheitsdienst' (31 Mio. Euro) beinhaltet. Diese Bereiche machen in Summe rund 1,6 Mrd. Euro aus. Ein Teil der Posten, die die Statistik Austria im Rahmen der Gesundheitsausgaben erfasst, wurden hingegen nicht eingerechnet (in Summe ca. 1,2 Mrd. Euro). Insgesamt bezifferte das IWI die Gesundheitsausgaben für Österreich im Jahr 1999 auf 21,4 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anteil von 10,9% des BIP und einem Pro-Kopf Wert von 2.671 Euro. Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben beträgt gemäß dieser Studie 78,8%, davon entfallen mehr als die Hälfte auf den Krankenhaussektor. Aufgrund des verwendeten Rechnungsmodus kann das Ergebnis dieser Berechnung nicht als Vergleichszahl für EU-Vergleiche verwendet werden, sie gibt aber andererseits genauere Auskunft über die Finanzierungslasten der einzelnen öffentlichen Kostenträger (vgl. Abb.3).

Abbildung 3: Anteil der Financiers an den öffentlichen Gesundheitsausgaben 1999 in Prozent



Quelle: Pichler/Walter (2002)

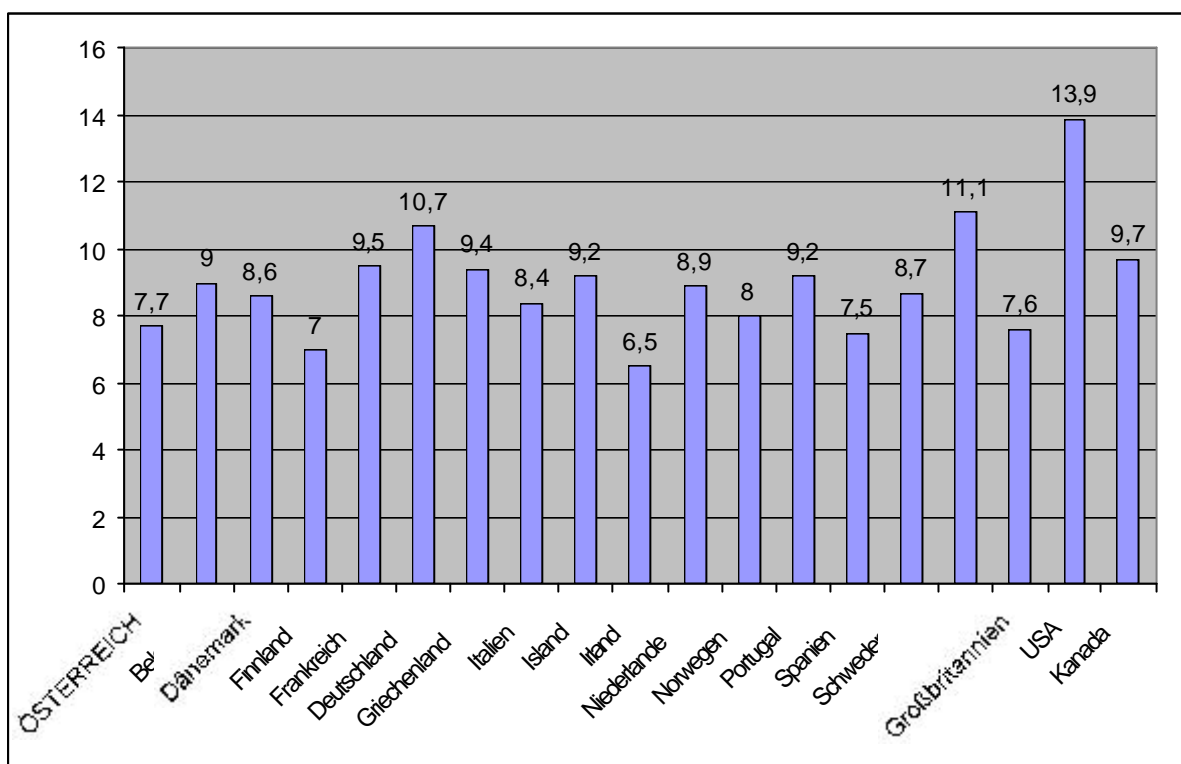
KFA...Krankenfürsorgeanstalt

Im internationalen Vergleich nach OECD Statistik liegt Österreich bei den Gesundheitsausgaben deutlich unter dem Durchschnitt (vgl. Abb.4). Hofmarcher

Internationaler Vergleich hinkt

und Röhrling (2003) merken jedoch an, dass die verwendete Berechnung nach volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung nicht den von der OECD vorgegebenen Berechnungsstandards entsprechen und daher die Vergleichbarkeit generell eingeschränkt ist. In Zukunft ist geplant, dass alle Länder gemäß dem sog. ‚System of health accounts‘ die Gesundheitsausgaben berechnen. Bisher basieren erst wenige Länderdaten auf dieser Berechnungsmethode.

Abbildung 4: Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben 2001 in % des BIP



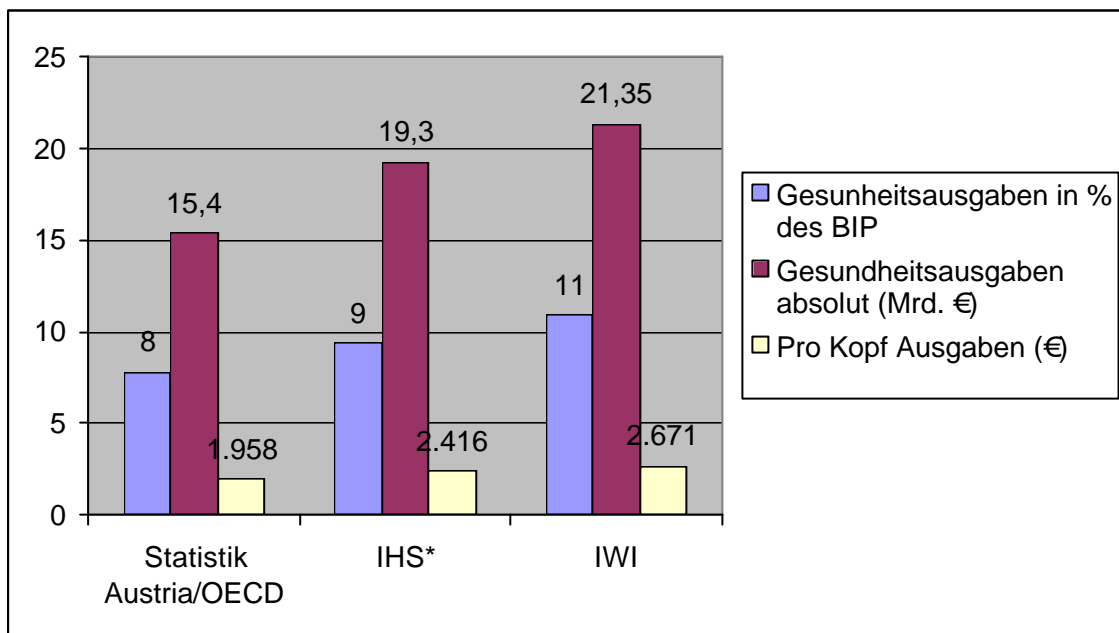
Quelle: OECD 2003

Optimale Höhe der Gesundheitsausgaben kann nicht wissenschaftlich festgelegt werden

Abbildung 5 fasst abschließend die vorhandenen Ausgabenwerte zusammen und verdeutlicht die Unterschiede der verschiedenen Berechnungsmethoden. Am niedrigsten sind die Gesundheitsausgaben nach der Methode der Statistik Austria, am höchsten nach der Vorgangsweise des IWI. Die Darstellung zeigt, dass die Höhe der Gesundheitsausgaben unter anderem eine Frage der Definition und der Abgrenzung des Gesundheitsbereichs ist. An dieser Stelle sei betont, dass eine ‚ökonomisch optimale Gesundheitsquote‘, anhand derer bestimmt werden kann, wie teuer ein Gesundheitswesen sein soll, nicht etwa wissenschaftlich festgelegt werden kann. Die Entscheidung über den Anteil der in der Gesellschaft verfügbaren Ressourcen für das Gesundheitswesen bleibt eine politische (Flemmich und Ivansitz 2000). Zudem merkt Kühn (2001) kritisch an, dass die Darstellung der Ausgabenentwicklung als Prozentsatz am BIP

problematisch ist, denn der Prozentsatz hängt nicht nur von der tatsächlichen Ausgabensteigerung, sondern auch von der Entwicklung des BIP ab. Eine ‚Kostenexplosion‘ kann daher genauso gut durch ein schwaches BIP-Wachstum bedingt sein.

Abbildung 5: Gesundheitsausgaben 1999 nach unterschiedlichen Berechnungsarten



* Jahr 2000

Quellen: Hofmarcher/Röhring 2003, Statistik Austria, Pichler/Walter 2002, eigene Berechnungen

4.3. Effektivität des Gesundheitswesens

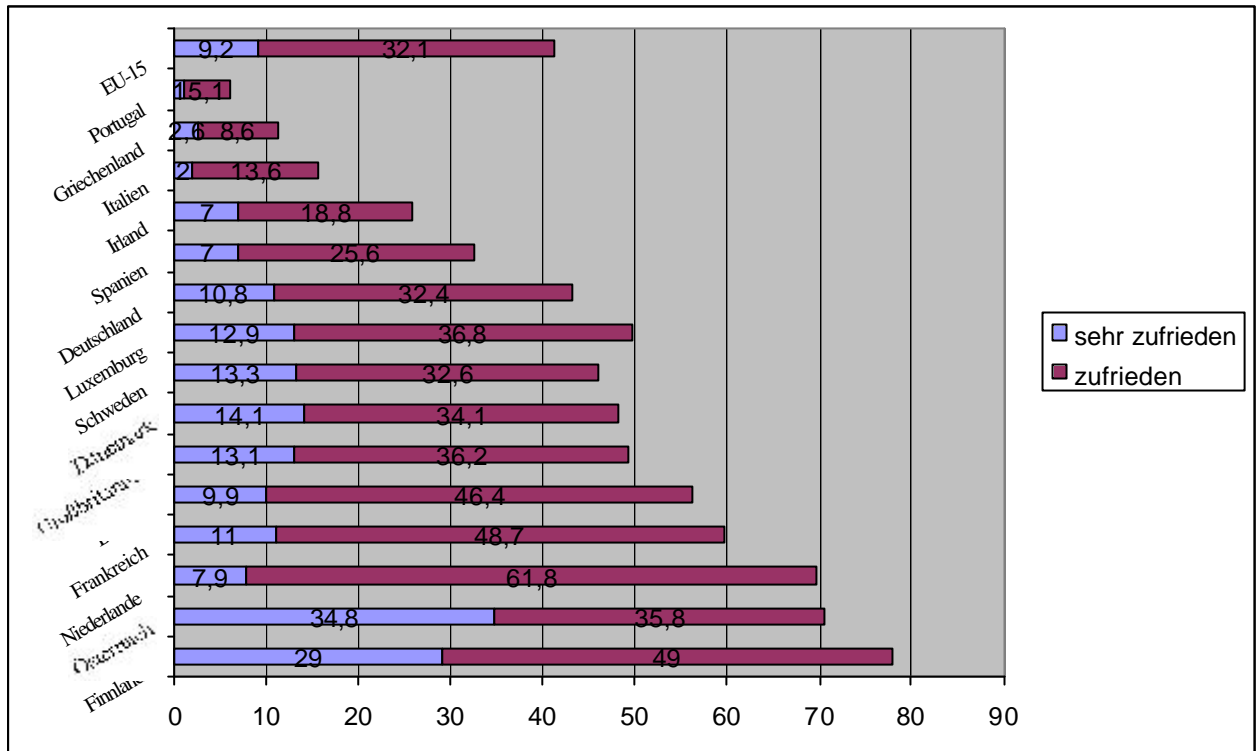
Österreich weist vergleichsweise hohe Zufriedenheit mit Gesundheitssystem, niedrige Säuglingssterblichkeit und hohe Lebenserwartung auf...

Die Darstellung der Gesundheitsausgaben greift zu kurz, wenn nicht gleichzeitig die Wirkungen des Gesundheitswesens untersucht werden. Zu fragen ist hierbei, ob steigende Gesundheitsausgaben mit einem verbesserten Gesundheitszustand der Bevölkerung einhergehen. Als Indikatoren dienen dazu üblicherweise die Lebenserwartung und die Säuglingssterblichkeit. Eine andere Möglichkeit, die Wirkung zu erheben ist eine Befragung zum subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung oder zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Es ist allerdings anzumerken, dass die meisten der genannten Indikatoren nicht nur durch Leistungen des Gesundheitssystems im engeren Sinn bestimmt werden, sondern von zahlreichen weiteren Einflüssen wie Ernährung, Wohnverhältnissen, Bildung, Einkommensunterschieden etc. abhängen (Bunker et al. 1994; Wilkinson 2001).

*...es existiert
jedoch soziale
Ungleichheit
beim
Gesundheits-
zustand*

Hinsichtlich PatientInnenzufriedenheit geht aus einer Eurostat-Befragung hervor, dass das österreichische Versorgungssystem bei Akzeptanz und Zufriedenheit nach Finnland auf Platz zwei und somit im EU-Vergleich deutlich im Vordergrund liegt (vgl. Abbildung 6). Bei der Lebenserwartung ergab sich in den letzten Jahren ein weiterer, wenn auch geringer Zuwachs (vgl. Tab. 2). Die Säuglingssterblichkeit betrug im Jahr 1980 noch 14,3 Fälle pro 1000 Lebendgeburten und konnte bis zum Jahr 2001 auf 4,8 Fälle pro 1000 Lebendgeburten reduziert werden (vgl. Tab. 3). Im EU-Vergleich befindet sich Österreich damit im vorderen Mittelfeld. Gesenkt werden konnte auch die Sterblichkeit bei ausgewählten häufigen Todesursachen (Flemmich und Ivansitz 2000). Mit dem gesteigerten Aufwand hat sich daher offenbar der Grad und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert, allerdings nicht im selben Ausmaß, wie manche Ausgabenfaktoren (etwa Medikamente, Ärzte, Krankenhäuser) gestiegen sind (vgl. Kap. 5.3). Trotz der erfreulichen Werte zu Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit ist jedoch nicht zu vergessen, dass sich hinter diesen Indikatoren nach wie vor große Unterschiede und Ungleichheiten im Gesundheitszustand innerhalb der österreichischen Bevölkerung verbergen und Mortalität und Morbidität bei sozial Benachteiligten und Randgruppen deutlich höher sind.

Abbildung 6: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im EU-Vergleich in Prozent



Quelle: Soziale Sicherheit 2/2003 nach Eurostat

Tabelle 2: Lebenserwartung bei Geburt in Europa

	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.
Austria	80,1	73,6	80,2	73,9	80,6	74,3	80,9	74,7	81	75,1	81,2	75,4	81,7	75,9
Belgium	80,2	73,4	80,5	73,8	80,6	74,1	80,5	74,3	80,8	74,4	80,8	74,6		
Denmark	77,8	72,7	78,2	73,1	78,4	73,6	78,8	73,9	79	74,2	79,3	74,5	79	74,3
Finland	80,2	72,8	80,5	73	80,5	73,4	80,8	73,5	81	73,8	81	74,2	81,5	74,6
France	81,8	73,9	82	74,1	82,3	74,6	82,4	74,8	82,5	75	82,7	75,2	83	75,5
Germany	79,7	73,3	79,9	73,6	80,3	74	80,6	74,5	80,7	74,7				
Greece	80,3	75	80,4	75,1	80,8	75,6	80,6	75,5	80,6	75,5			80,7	75,4
Ireland	78,4	72,9	78,6	73,1	78,6	73,4	79,1	73,5	79,1	73,9	79,2	74,2		
Italy	81,3	74,9	81,4	75,3	81,3	74,9	81,8	75,5	82,3	75,6	82,4	76,3	82,9	76,7
Luxembourg	80,2	73	79,9	73,3	79,8	74,1	80,5	73,7	81,1	74,6	81,3	74,9		
Netherlands	80,4	74,6	80,3	74,7	80,5	75,2	80,6	75,2	80,5	75,3	80,5	75,5	80,6	75,7
Poland	76,4	67,6	76,6	68,1	77	68,5	77,3	68,9	77,2	68,2	77,9	69,7	78,4	70,2
Portugal	78,6	71,2	78,6	71,1	78,8	71,6	78,9	71,7	79,2	72,2	79,7	72,7	80,3	73,5
Spain	81,5	74,3	81,7	74,4	82	75	82,1	75,1	82,1	75,1	82,7	75,5	82,9	75,6
Sweden	81,4	76,2	81,5	76,5	81,8	76,7	81,9	76,9	81,9	77,1	82	77,4	82,1	77,5
UK	79,2	74	79,5	74,3	79,6	74,7	79,7	74,8	79,8	75	80,2	75,4	80,4	75,7

Quelle: OECD 2003

Tabelle 3: Säuglingssterblichkeit/1000 Lebendgeburten

	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Austria	37,5	25,9	14,3	7,8	5,4	5,1	4,7	4,9	4,4	4,8	4,8
Belgium	31,2	21,1	12,1	8	6,1	5,6	6,1	5,6	4,9	4,8	5
Denmark	21,5	14,2	8,4	7,5	5,1	5,6	5,2	4,7	4,2	5,3	4,9
Finland	21	13,2	7,6	5,6	3,9	4	3,9	4,2	3,6	3,8	3,2
France	27,5	18,2	10	7,3	4,9	4,8	4,7	4,6	4,3	4,6	4,6
Germany	35	22,5	12,4	7	5,3	5	4,9	4,7	4,5	4,4	4,5
Greece	40,1	29,6	17,9	9,7	8,1	7,2	6,4	6,7	6,2	6,1	5,9
Ireland	29,3	19,5	11,1	8,2	6,4	6	6,1	5,9	5,9	6,2	5,8
Italy	43,9	29,6	14,6	8,2	6,2	6,2	5,6	5,4	5,1	4,5	4,3
Luxembourg	31,5	24,9	11,5	7,3	5,5	4,9	4,2	5	4,6	5,1	5,9
Netherlands	17,9	12,7	8,6	7,1	5,5	5,7	5	5,2	5,2	5,1	5,3
Spain	43,7	28,1	12,3	7,6	5,5	5,5	5	4,9	4,5	3,9	3,9
Sweden	16,6	11	6,9	6	4,1	4	3,6	3,5	3,4	3,4	3,7
United Kingdom	22,5	18,5	12,1	7,9	6,2	6,1	5,9	5,7	5,8	5,6	5,5

Quelle: OECD 2003

4.4. Prognostizierte Gesundheitsausgaben

Prognosen sind mit methodischen Problemen konfrontiert

Mit den Diskussionen um die drohende Kostenexplosion und der damit verbundenen Unfinanzierbarkeit des Gesundheitswesens erlangen Prognosen und Gesundheitsausgabenschätzungen eine zunehmende Bedeutung. Aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren sind derartige Schätzungen jedoch mit beträchtlichen methodischen Problemen konfrontiert, müssen doch für jeden Faktor Annahmen getroffen werden, die schon bei geringfügiger Varianz zu erheblichen Unterschieden in den Ergebnissen führen. Kühn (2001) verdeutlicht anhand einiger Beispiele aus Deutschland, dass Zeithorizonte von 40 bis 50 Jahren bei statistischen Schätzungen keinerlei handlungsrelevante Orientierung zulassen. Zum einen formuliert er methodische Einwände, zum anderen betont er, dass zahlreiche, den Schätzungen zugrunde liegende ‚unabhängige‘ Variablen (wirtschaftliche Entwicklung, gesundheitliche Entwicklung etc.), für die Politik viel mehr ‚abhängige‘, das heißt politisch gestaltbare Variablen sind.

Zahlreiche Faktoren bestimmen Gesundheitsausgaben

Grundsätzlich werden zukünftige Gesundheitsausgaben von einer Reihe von Faktoren bestimmt. Aus ökonomischer Perspektive können angebotseitige und nachfrageseitige Faktoren unterschieden werden (Schneider/Österle 2003). Angebotsseitig beeinflussen etwa Preise und Mengen der eingesetzten Güter, die Zahl der Leistungsanbieter oder die Vergütungssysteme die Ausgaben. Als nachfrageseitige Faktoren sind konkrete Bedarfe (Morbiditäts- und Mortalitätsstrukturen, sozialstrukturelle Faktoren), Präferenzen, Einkommensniveau und Preise von Gesundheitsgütern zu nennen. Hinsichtlich der Einkommensentwicklung ist zu beobachten, dass ein steigender

Lebensstandard mit wachsenden Ansprüchen an das Gesundheitswesen und daher charakteristischerweise mit steigenden Gesundheitsausgaben einhergeht. Trotz dieser zahlreichen Einflussfaktoren stützt sich die Prognose von Gesundheitsausgaben zumeist auf demographische Daten als Schätzbasis.⁵ Die Studien gehen dabei von der gängigen Hypothese aus, dass mit der demographischen Überalterung ein deutlich erhöhter Bedarf an Gesundheitsleistungen einhergeht (z.B. Breyer 2000; Part 2002).

*Schätzung auf
Basis
Demographie*

In einem EU-Vergleich prognostizieren Hofmarcher und Riedel (2002) auf Basis demographischer Veränderungen für die Periode 2000-2050 einen Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Akutversorgung in Österreich von derzeit 4,9% des BIP im Jahr 2000 um 1,5 Prozentpunkte⁶. Insgesamt dominiert nach der vorliegenden Prognose der stationäre Sektor das Alters-Ausgaben-Profil, wobei ein deutlicher Anstieg mit Eintritt des Pensionsalters zu verzeichnen ist. Die Ausgaben für ärztliche Hilfe steigen relativ linear an, am steilsten steigt das Ausgabenprofil für Heilmittel an.

In einer weiteren Studie erfolgt eine Vorausschätzung der Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2020 auf Basis bisheriger Gesundheitsausgaben (Hofmarcher/Röhring 2003). Dazu identifizierten die AutorInnen Determinanten für die Gesundheitsausgaben aus vergangenen Gesundheitsausgaben und setzten diese Bestimmungsfaktoren für Zukunftsprognosen ein. Die AutorInnen stellen zwei Szenarien dar, für die sie als Datenbasis einerseits die offiziell publizierten Gesundheitsausgaben der Statistik Austria (Szenario 1) verwendeten und andererseits die eigenen Schätzungen des Gesundheitsausgabenniveaus, die über dem Level der Statistik Austria liegen (Szenario 2). Jene Determinanten, die 60% der Variabilität der vergangenen Gesundheitsausgaben bestimmten, waren der Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung, die Anzahl der FachärztInnen für Radiologie pro 100.000 Einwohner, die Anzahl der aufgestellten Akutbetten pro 100.000 Einwohner, die Lebenserwartung mit 65 Jahren und der Ausgabenquotient: Gesundheitsausgaben/BIP. Nach Szenario 1 überschreiten die pro Kopf Gesundheitsausgaben im Jahr 2020 das Ausgangsniveau des Jahres 2000 um zwei Drittel, nach Szenario 2 steigen die

⁵ Statistische Schätzungen gehen davon aus, dass im Zeitraum 2000-2050 die österreichische Bevölkerung zwar leicht zunehmen wird, dass jedoch die Zahl der bis 15-jährigen, als auch die Zahl der 15- bis unter 50-jährigen abnehmen wird, während die Zahl der über 60-jährigen von derzeit 1,67 Millionen um 70 Prozent auf prognostizierte 2,85 Millionen ansteigen wird (Statistik Austria 2001).

⁶ die Abweichungen zu den in Tab. 1 dargestellten Werten ergeben sich aus unterschiedlichen Berechnungsmethoden.

pro Kopf Ausgaben deutlich stärker auf etwa die doppelte Höhe an. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP beträgt nach Szenario 1 im Jahr 2020 9,4%, nach Szenario 2 macht er 10% des BIP aus.

*Faktor ‚Alter‘
ist
differenziert
zu betrachten*

Diese Ergebnisse gilt es etwas differenzierter zu betrachten. Werden etwa neben demographischen Strukturen noch andere Einflussfaktoren für Gesundheitsausgaben berücksichtigt, ergeben sich mitunter ganz andere Ergebnisse. Barros (1998) zeigte in einer Studie für den Zeitraum 1960 bis 1990, dass die demographische Alterung, ausgedrückt als Veränderung des Anteils der Bevölkerung über 65 Jahren, keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das durchschnittliche Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben hatte. Nach diesem Ergebnis spielt das Alter im Bündel der Einflussfaktoren nur eine untergeordnete Rolle. Zunächst ist also eine differenziertere Betrachtung des Faktors ‚Alter‘ notwendig: Hofmarcher und Riedel (2002) merken an, dass die oben erwähnte Modellrechnung auf Annahmen basiert, nach denen der Gesundheitszustand und daher auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Altersgruppen zukünftig gleich bleiben. Dobelhammer und Kytir (2001) stellen demgegenüber in einer retrospektiven Untersuchung der Veränderung des Gesundheitszustandes in der österreichischen Bevölkerung fest, dass die gesunden Lebensjahre und das Verhältnis gesunde Jahre/Lebenserwartung zwischen 1978 und 1998 angestiegen sind, d.h. dass die Morbidität primär in den letzten Lebensjahren steigt (Kompressionshypothese). Diese Entwicklung wirkt sich gleichzeitig auf den Bedarf an Gesundheitsleistungen und Gesundheitssystemkosten aus. Wenn sich mit steigender Lebenserwartung der Gesundheitszustand verbessert, stellen die oben dargestellten Zahlen eine Überschätzung dar. So prognostizieren Hofmarcher und Riedel (2002a) bei gleichbleibendem Gesundheitszustand für den Zeitraum 2000-2025 ein Ausgabenwachstum für die Akutversorgung um 18%, während sich bei einer umfassenden Verbesserung des Gesundheitszustandes der über 45-Jährigen das Ausgabenwachstum auf 11% reduziert.

*Kompressions
hypothese geht
von
verbessertem
Gesundheits-
zustand und
relativ
sinkendem
Bedarf an
Leistungen aus*

Zahlreiche Untersuchungen zeigen zudem, dass sich – unabhängig vom Lebensalter – erhebliche Kostenunterschiede zwischen versterbenden und nicht versterbenden alten PatientInnen feststellen lassen, wobei erstere niedrigere Kosten verursachen, als letztere (z.B. Zweifel et al 1999). Insgesamt entscheidet nicht das individuelle Alter über die Gesundheitskosten, sondern die Nähe zum

Tod. Zusätzlich ist festzustellen, dass sich der Kostenunterschied mit zunehmendem Lebensalter verringert, d.h. die Sterbekosten sinken mit dem Alter. Brockmann (2002) oder Felder et al. (2000) zeigen außerdem, dass bei gleicher ICD-Diagnose⁷ Krankenhauskosten generell mit zunehmendem Alter abnehmen. Die Gründe für diese Unterschiede sind noch nicht geklärt und könnten einerseits auf eine implizite Altersrationierung (Brockmann 2003) oder andererseits auf mangelnde Möglichkeit von operativen Eingriffen aufgrund der Alterskonstitution (Schneider/Österle 2003) hindeuten. Laut Brockmann (2003) kann auf Basis der Untersuchungsergebnisse davon ausgegangen werden, dass der Anteil der hohen Sterbekosten insgesamt sinkt, wenn Menschen immer älter sterben. Das würde bedeuten, dass insbesondere die Krankenhauskosten weniger stark steigen, als gemeinhin angenommen wird. In Österreich waren im Jahr 2000 die Gesundheitsausgaben pro Kopf in der Altersgruppe der 85-89 jährigen ca. fünfmal so hoch wie jene der Altersgruppe der 35-39 jährigen. In der Gruppe der über 90-jährigen sanken die Gesundheitsausgaben deutlich (Hofmarcher/Riedel 2002). Diese Daten scheinen obige Ergebnisse zu bestätigen.

Anstatt auf Basis demographischer Daten versucht Brockmann (2003) Zukunftsprognosen auf Basis von Gesamtkostenverläufen auf der Ebene der einzelnen Versicherten darzustellen. Dabei prognostiziert sie beispielsweise für Deutschland eine Absenkung der durchschnittlichen Behandlungskosten für Krebs um 10% bis 17% bis zum Jahr 2045. Wenn nach 2045 die jetzige ‚Baby-Boom Generation‘ allmählich verstorben sein wird, sinken laut Brockmanns Schätzung die Gesamtkosten aufgrund der deutlich sinkenden Einzelfallkosten rasch ab.

Medikalisierungshypothese geht von Zunahme chronischer Erkrankungen aus

Diesen abschwächenden Einwänden steht die ‚Medikalisierungsthese‘ gegenüber, die von einer Zunahme der Anzahl kranker Lebensjahre aufgrund vermehrter chronischer Erkrankung bei höherer Lebenserwartung ausgeht (Verbrugge 1984). Gegen die Verschlechterungsannahme sprechen aber laut Kühn (2001) zahlreiche Langzeitstudien und Gesundheitssurveys aus verschiedenen westlichen Ländern, die keinen dramatischen Anstieg des relativen Risikos bei älteren Menschen zeigen. Dennoch kann bei differenzierter Betrachtung sowohl die Kompressionshypothese, als auch die Medikalisierungshypothese zutreffen, dann nämlich, wenn nach dem

⁷ International Classification of Diseases

sozioökonomischen Status unterschieden wird. Für Angehörige der oberen Mittelschicht und der Oberschicht, die zunehmend gesunde Lebensjahre erwarten können, gilt die Kompressionshypothese, während die Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status die dazu gewonnenen Lebensjahre in deutlich schlechterem Gesundheitszustand verbringen und mit relativ früh erworbenen chronischen Erkrankungen leben (Mielck 2000). Das bedeutet gleichzeitig, dass ein wesentlicher Anteil der Morbiditätslast, der der Alterung zugeschrieben wurde, viel eher durch soziale Ungleichheit bedingt ist. Die konstatierten Probleme sind daher weniger biologischer Natur, sondern durch soziale Faktoren bedingt, die wiederum politisch veränderbar sind.

Ausgaben durch technischen Fortschritt können schwer geschätzt werden

Neben dem demographischen Wandel wird häufig der medizinisch-technische Fortschritt als Ausgabenfaktor genannt. Gemeinhin wird dieser Faktor als Kostentreiber gesehen (z.B. Breyer 2000). Auch diese Annahme ist etwas differenzierter zu betrachten. Zum einen sind globale Vorhersagen zu technisch-wissenschaftlichen Innovationsprozessen prinzipiell nicht möglich (Kühn 2001). Zum anderen kann der medizinische Fortschritt sowohl eine kostensteigernde, als auch eine kostensenkende Wirkung haben. Typischerweise sind Gesundheitstechnologien in der Frühphase meistens weniger teuer, weil die Ursache einer Erkrankung noch nicht erkannt wird und am ehesten palliativ behandelt wird. Am teuersten sind Technologien im ‚half-way-through‘-Stadium, wenn sie gut genug sind, die Tödlichkeit zu senken, aber nicht gut genug, Krankheiten zu heilen (z.B. Herzinfarkt). Ausgereifte Technologien verursachen meist sehr geringe Kosten (z.B. Impfung gegen Infektionserkrankungen). Es ist anzunehmen, dass heutige teure Technologien zukünftig ausgereifter und somit kostengünstiger werden. Verteuernd sind u.a. jene Technologien, die zwar die Diagnose verbessern, aber keine Heilung anbieten (z.B. bildgebende Verfahren). Seriöse Schätzungen müssten daher den Faktor ‚medizinisch-technischer Fortschritt‘ in differenzierter Form berücksichtigen. Eine lineare Fortschreibung des Status-Quo wird dem Veränderungspotenzial nicht gerecht. Ebenso gilt es, bei Kostendämpfungsmaßnahmen, auf diese Aspekte Rücksicht zu nehmen.

Ausgabenprognosen berücksichtigen nur einen Teil der Einflussfaktoren

Grundsätzlich ist zu den existierenden Schätzungen zu sagen, dass immer nur ein Teil der Einflussfaktoren berücksichtigt wurde. Beispielsweise gehen Schätzungen typischerweise von einer für Gesundheitswesen und Gesamtwirtschaft identischen Preisentwicklung aus. Schon eine Variation der jährlichen Preisentwicklung um +/-0,25% würde gegenüber der vorgestellten

Prognosen bereits ein um 50% höheres bzw. niedrigeres Ausgabenwachstum bedeuten (Hofmarcher/Riedel 2002). Ebenso wird bei all den genannten Schätzungen von einer gleichbleibenden Gestaltung des Gesundheitssystems ausgegangen. Veränderte Anreizwirkungen durch Vergütungssysteme können Gesundheitsausgaben aber stark beeinflussen (Schneider/Österle 2003). Der Einfluss der Strukturen des Gesundheitswesens, die veränderbar sind, bleibt in Ausgabenprognosen zumeist unerwähnt.

5. Zukünftige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens

*Einnahmen-
und Ausgaben-
struktur sind
gestaltbar*

Auch wenn durch demographische Veränderungen mit steigenden Gesundheitsausgaben zu rechnen ist, sind Demographie und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens nicht starr deterministisch miteinander verknüpft. Wie bereits gezeigt wurde, sind Gesundheitsausgaben durch demographische Entwicklungen nicht unwiderruflich vorgezeichnet sondern von zahlreichen zusätzlichen Faktoren abhängig. Ähnliches gilt für die Einnahmenseite. Sowohl Einnahmen- als auch Ausgabenstruktur sind letztlich durchaus politisch beeinflussbar, wie etwa durch Beschäftigungspolitik, Beitragsgestaltung, Bildungspolitik etc. Insofern greift eine Beschränkung von Gesundheitspolitik auf kurzfristige Budgetnotwendigkeiten zu kurz. Gefordert sind vielmehr langfristig angelegte Konzepte, die den beträchtlichen politischen Spielraum nützen. Nachfolgend sollen sowohl einnahmen- als auch ausgabenseitige Reformvorschläge vorgestellt und erläutert werden.

5.1. Finanzierungssituation in der Sozialen Krankenversicherung

*Kassendefizit
durchgehend
seit 1999*

Wie in Kapitel 4 angeführt, wird das österreichische Gesundheitssystem zu einem großen Teil über Sozialversicherungsmittel finanziert. Eine Übersicht über die Gebarungsentwicklung der Sozialen Krankenversicherung seit 1970 findet sich in Tabelle 4. Den überwiegenden Anteil der Einnahmen der sozialen Krankenversicherung machen Beiträge der Erwerbstätigen aus, die sich weitgehend paritätisch auf Dienstgeber und Dienstnehmer verteilen. Ca. 4% der Einnahmen stammen zusätzlich von Selbstbehalten der Versicherten nehmen (vgl. Abb. 7). Diese belasten ausschließlich solche Versicherte, die eine Leistung in Anspruch nehmen. Wenngleich die Beiträge der Versicherten seit den 1970er Jahren um ein Vielfaches angestiegen sind, überstiegen in den letzten Jahren die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung deren Einnahmen (Abb. 8). So sind zwischen 1990 und 2000 die Medikamentenausgaben um 130% gewachsen, während die Einnahmen nur um gut 70% anstiegen. Geringfügig stärker als die Einnahmen sind auch Ausgaben für ärztliche Leistung oder Spitäler angestiegen (Abb. 9). Die Gebarungsergebnisse zeigen für das Jahr 2000 einen Abgang von

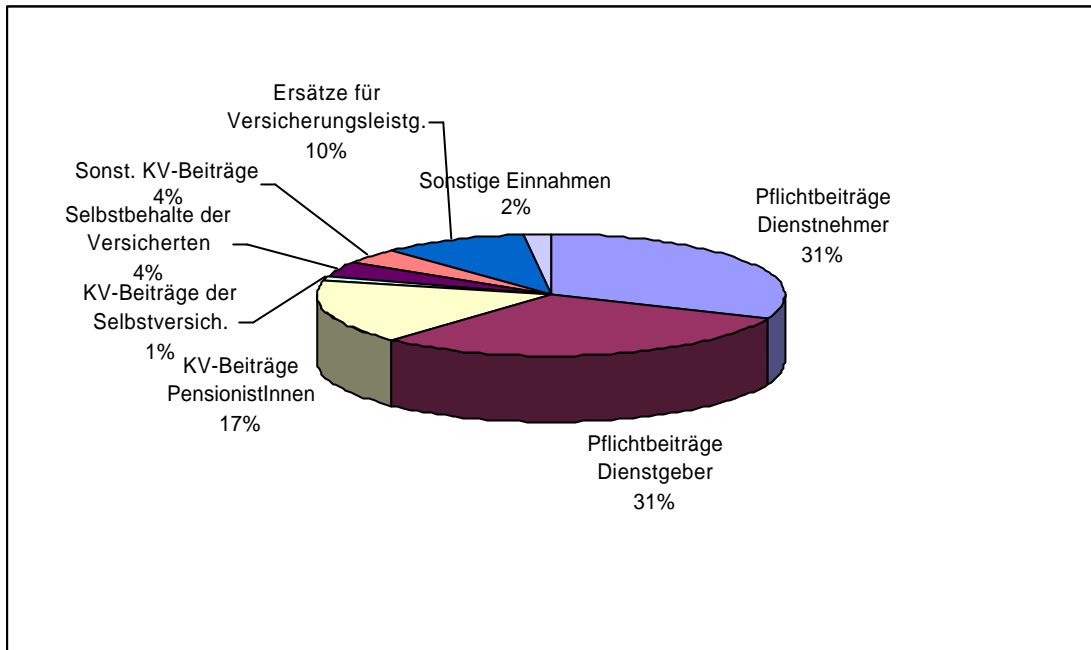
231 Mio. Euro, im Jahr 2000 und 2001 sank das Defizit auf -148 Mio. Euro bzw. -218 Mio. Euro. Für das Jahr 2003 wurde ein Anstieg des Gebarungsabgangs auf etwa das Niveau des Jahres 2000 (-237 Mio. Euro) geschätzt (Probst 2003).

Tabelle 4: Gebarungsentwicklung in der Sozialen Krankenversicherung in Mio. Euro

Einnahmen bzw. Ausgaben	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2002
Einnahmen insgesamt	864,73	1.659,34	2.941,29	3.922,23	5.379,46	8.031,66	9.208,23	9.457,86	9.817,08	10.256	10.618
Beiträge Versicherte	762,12	1.445,39	2.533,23	3.456,10	4.728,02	7.108,86	7.700,70	7.949,46	8.191,83	8.496	8.641
Bundesbeitrag	18,68	25,51	42,30	51,82	55,16	61,26	44,62	45,35	48,18		
Sonstige Einnahmen	83,94	188,44	365,76	414,31	596,28	861,54	1.462,90	1.463,05	1.577,07	1.760	1.977
Ausgaben insgesamt	863,43	1.699,96	2.930,46	3.876,95	5.333,90	8.188,63	9.715,05	9.715,97	10.047,8	10.404	10.836
Ärztl. Hilfe u. gleichgest. Leistg.	217,51	437,35	728,69	1.008,84	1.389,58	2.043,05	2.282,15	2.384,69	2.457,72	2.553	2.656
Heilmittel	143,24	259,51	404,93	506,38	715,75	1.099,47	1.643,13	1.861,66	1.968,05	2.062	2.196
Hilfsmittel, Zahnbehandlung/Ersatz	11,63	29,80	52,11	75,07	128,56	134,15	180,66	191,57	202,76	207	224
Anstaltspflege	61,05	149,34	243,53	328,70	432,26	630,29	649,19	675,42	682,91	685	688
Med. Hauskrankenpflege	188,59	288,00	760,45	1.131,23	1.587,61	2.551,69	2.569,20	2.692,60	2.779,52	2.948	3.028
Krankengeld		0,07	0,58	1,45	2,25	8,43	10,25	9,59	9,52	7	11
Mutterschaftsleistg.	95,35	85,75	180,88	187,28	274,99	390,47	402,03	404,42	419,90	372	362
Med. Rehabilitation	48,40	99,13	151,45	188,88	274,99	390,47	402,03	404,42	419,90	427	449
Gesundheitsfestigung/Krankheitsverhütung						118,02	156,90	172,02	172,31	241	247
Früherkennung u. Gesundheitsförderung	15,04	26,09	44,69	73,18	84,95	77,76	64,90	68,68	66,42		
Fahrtspesen/Transportkosten		4,72	10,68	14,68	32,85	54,58	66,93	68,82	72,16	77	81
Sonstige Ausgaben	11,05	21,58	43,39	63,23	90,77	130,08	138,44	149,05	149,20	146	155
Saldo	1,31	-40,62	10,83	45,28	45,57	-156,97	48,25	-257,19	-230,65	-148	-218

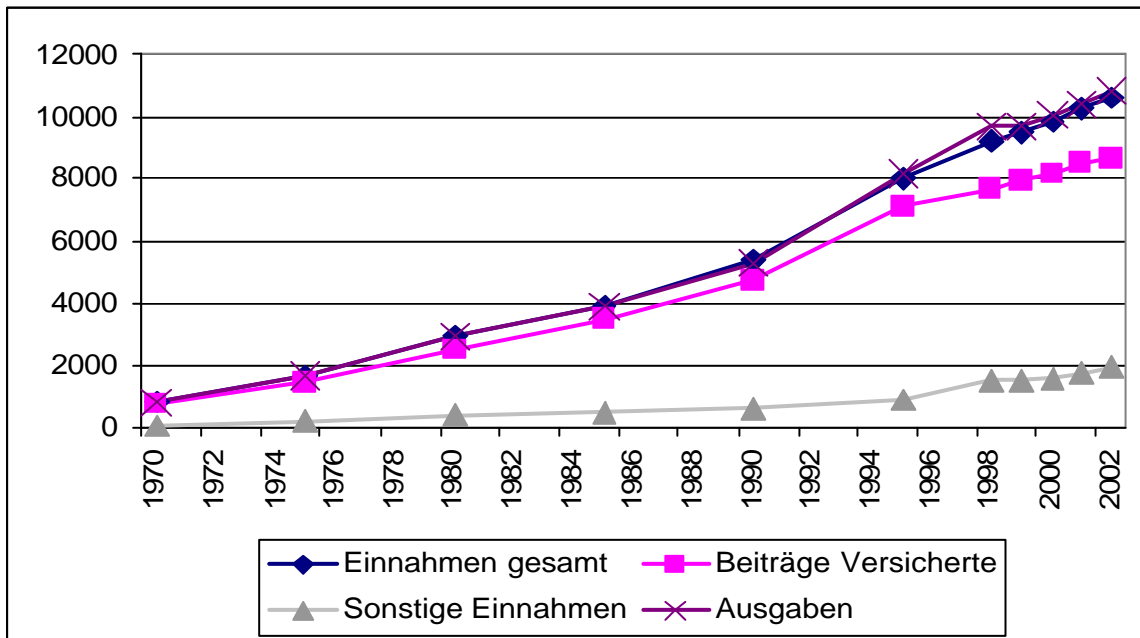
Quelle: Statistik Austria 2002, Grillitsch und Haydn 2003

Abbildung 7: Einnahmenstruktur der Krankenversicherung im Jahr 2001



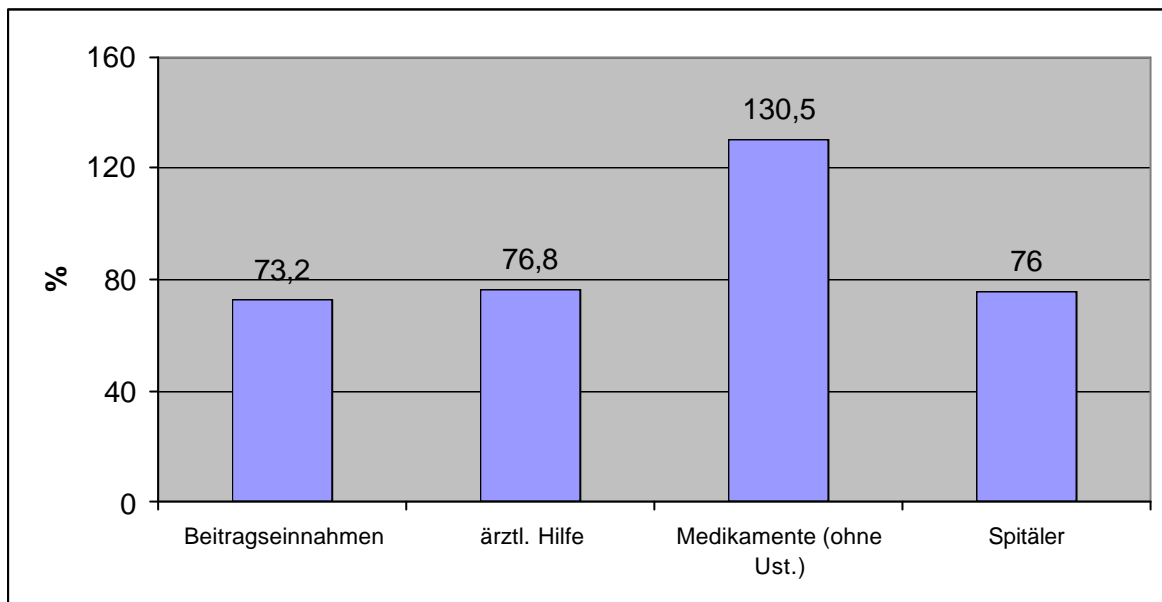
Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger

Abbildung 8: Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung 1970-2002



Quellen: Statistik Austria 2002; Grillitsch/Haydn 2003

Abbildung 9: Entwicklung ausgewählter Einnahmen- und Ausgabenpositionen der KV zwischen 1990 und 2000 in Prozent

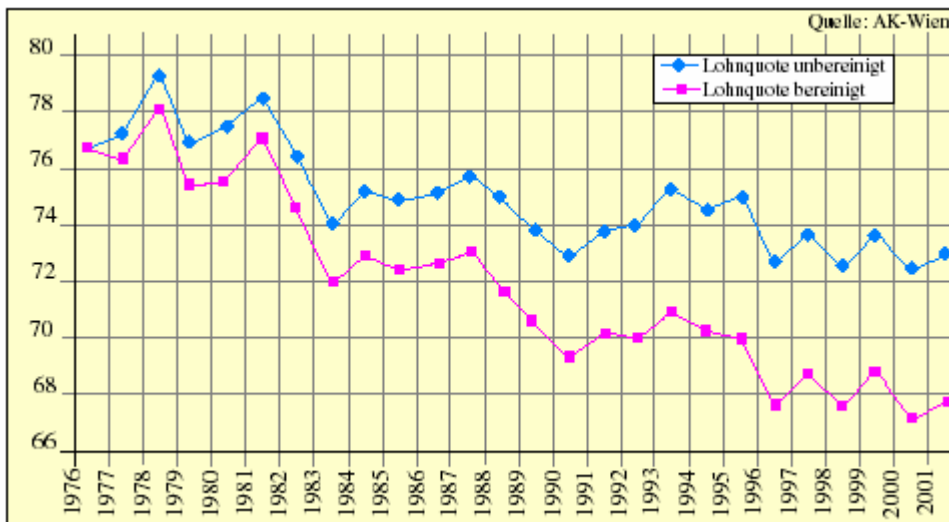


Quelle: Statistik Austria 2002

*Beitrags-
einnahmen-
erosion durch
sinkende
Lohnquote*

Die Ursachen für die Finanzprobleme liegen insgesamt aber weniger in der Ausgabensteigerung sondern primär in der sogenannten Beitragseinnahmenerosion. Das bedeutet, dass der Behandlungsbedarf aus einem relativ gesunkenen Lohnvolumen finanziert werden muss. Die Ursache dafür ist die rückläufige Entwicklung des Einkommenanteils aus unselbständiger Arbeit am Volkseinkommen (Lohnquote) (Abb.10), die unter anderem durch die steigende Arbeitslosigkeit bedingt ist. (Marterbauer und Walterskirchen 2002). Eine vergleichende Darstellung des Hauptverbands der Sozialversicherung (2001b) macht die Effekte dieser Entwicklung deutlich: Während zwischen 1993 und 2000 das BIP um 31,4% anstieg, stieg die Lohn- und Gehaltssumme im Vergleich dazu nur um 23,8%, die Zunahme der Beitragseinnahmen der Krankenversicherung betrug in diesem Zeitraum 26%, die Krankenversicherungsausgaben nahmen hingegen um 32,3% zu. Die polit-ökonomischen Zusammenhänge zwischen Arbeitsmarkt, Lohnentwicklung und Krankenversicherungseinnahmen nehmen im Vergleich zu Prognosen zum Einfluss der demographischen Entwicklung einen geringen Stellenwert in der wissenschaftlichen und politischen Arbeit zum Gesundheitswesen ein. Kühn (2001) betont in diesem Zusammenhang, dass das Gesundheitssystem weniger ein Altersstrukturproblem, denn ein Arbeitsmarktproblem hat.

Abbildung 10: Veränderung der Lohnquoten in Österreich 1976 bis 2001⁸



Quelle: AK Wien

Stagnierende Erwerbsquote verringert Einnahmen der Sozialversicherung Der Zusammenhang zwischen Arbeitsmarktpolitik und Finanzierung des Gesundheitswesens wird etwa an den Auswirkungen der Erwerbsquote für die Einnahmen der Sozialversicherung deutlich. Unter der Erwerbsquote versteht man den Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren (Neck/Nowotny/Winkler 2001). Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung dieser Quote - differenziert nach Geschlecht.

Tabelle 5: Erwerbsquoten in Österreich

	Erwerbsquote insgesamt	Erwerbsquote Männer	Erwerbsquote Frauen
1951	48,3	63,7	35,0
1961	47,6	61,0	36,0
1971	41,8	54,6	30,4
1981	45,2	57,0	34,6
1991	47,3	57,5	37,7
1996	48,0	56,7	39,9
1997	48,1	56,6	40,1
1998	48,1	56,5	40,3
1999	48,3	56,5	40,5
2000	48,3	56,3	40,7
2001	48,5	56,1	41,2
2002 (Basis VZ 01)	48,4	56,0	42,1

Quelle: Statistik Austria

⁸ Die Lohnquote wird um die Verschiebungen des Unselbständigenanteils bereinigt, um die Verteilungsposition adäquater zu messen und nicht durch mehr oder weniger Selbständige zu verzerren

Die letzten 30 Jahre zeigen zwar ein stetes Anwachsen des Anteils der Beschäftigten, jedoch täuscht dies über den Trend im letzten Jahr und über geschlechtsspezifische Entwicklungen hinweg. Erstmals seit langem sank im Jahr 2002 die Erwerbsquote (Basis Volkszählung 2001). Dies resultiert einerseits aus den zunächst stagnierenden und in letzter Zeit leicht fallenden Quoten bei den Männern und andererseits aus dem in jüngster Vergangenheit langsamen Wachstum der Quoten bei den Frauen. Die Stagnation bzw. Abnahme der Erwerbsquote verdeutlicht das angespannte Klima am Arbeitsmarkt und ist ein weiterer Grund für die Einnahmenerosion der Sozialversicherung.

Zusätzlich wird die Finanzierungssituation dann verschärft, wenn etwa die Erträge aus privater Pensionsversicherung nicht in die Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherung einfließen. Pensionen aus der gesetzlichen Pensionsversicherung würden damit ungleich höher mit Beiträgen zur Finanzierung des Gesundheitswesens belastet werden.

Reformmaßnahmen können einnahmenseitig oder ausgabenseitig erfolgen

Die Finanzierungsproblematik löste bereits zahlreiche Veränderungen im Gesundheitswesen aus. So wurde 1997 eine ‚Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung‘ (LKF) eingeführt, um u.a. die Kostensteigerung im Krankenhausbereich einzudämmen. Seither sind immer wieder Reformmaßnahmen in Diskussion, die an unterschiedlichen Ebenen und Bereichen des Gesundheitswesens ansetzen. Aus ökonomischer Perspektive kann grundsätzlich zwischen einnahmenseitigen und ausgabenseitigen Maßnahmen unterschieden werden. Je nach konkreter Ausgestaltung sind die Ansätze mit unterschiedlichen Finanzierungs- bzw. Einsparungspotenzialen verbunden. In diesem Zusammenhang betonen deutsche ExpertInnen, dass ausgabenseitige Reformen wohl notwendig sind und insbesondere Rationalisierungspotenziale noch nicht ausgeschöpft sind, dass derartige Reformen aber dennoch zu kurz greifen und ausgabenseitig keine langfristige Absicherung der Finanzierbarkeit erfolgen kann. Einnahmenseitige Reformen seien daher unabdingbar (Rürup Kommission 2003).

Finanzierung hat Auswirkung auf Sektoren und Individuen

Abgesehen von der Finanzierungswirkung geht jede Reformmaßnahme insbesondere mit variierenden Verteilungswirkungen, sprich mit verschiedenen Auswirkung auf die betroffenen Sektoren und Personen hinsichtlich Finanzierungs- und/oder Versorgungsverantwortung einher. Begreift man

Finanzierungsstrukturen als gesellschaftspolitisches Gestaltungselement, gilt es gerade diesen Verteilungswirkungen ein besonderes Augenmerk zu widmen. Nachfolgend sollen verschiedene einnahmen- und ausgabenseitige Vorschläge erläutert und in ihrer Verteilungswirkung dargestellt werden.

5.2. Einnahmenseitige Maßnahmen

5.2.1. Ausgangssituation und derzeitige Verteilungseffekte der Finanzierungsstrukturen

*Solidarprinzip
weist
Inkonsistenzen
auf und
belastet
niedrigere
Einkommen
stärker als
hohe*

Grundsätzlich basiert das Krankenversicherungssystem in Österreich auf dem Solidarprinzip. Nach diesem sind die Versicherungsbeiträge unabhängig vom Krankheitsrisiko gestaltet und der Leistungsanspruch besteht unabhängig vom geleisteten Versicherungsbeitrag. Mit der einkommensabhängigen Beitragsgestaltung und der einkommensunabhängigen Leistungsanspruchnahme kommt der sozialen Krankenversicherung eine erhebliche Umverteilungsfunktion zu. Verglichen mit den sonstigen Sozialversicherungsbereichen weicht die Krankenversicherung am weitesten vom versicherungsmathematischen Äquivalenzprinzip ab und übernimmt bedeutende gesellschaftspolitische Aufgaben (Badelt/Österle 2001). Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass in Österreich 97% der Bevölkerung (7,9 Mio.) in das Leistungssystem eingebunden sind (Grillitsch und Haydn 2003).

Dennoch weisen KritikerInnen darauf hin, dass gerade der soziale Ausgleich innerhalb der Versicherung zahlreiche Inkonsistenzen und Mängel aufweist. Zum einen steigen die Krankenversicherungsbeiträge bis zu einer festgelegten Höchstbeitragsgrundlage proportional an, darüber bleiben sie in absoluten Zahlen konstant. Insgesamt hat diese Beitragsgestaltung eine regressive Wirkung, das heißt, sie belastet BezieherInnen niedriger Einkommen ungleich höher als solche mit hohem Einkommen. Dies führt nicht zuletzt dazu, dass der prinzipiell progressive Charakter der Lohn- und Einkommenssteuer teilweise konterkariert wird.

Die Gestaltung der Krankenversicherungsabgaben ist insbesondere aus geschlechtsspezifischer Sicht zu hinterfragen. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage sind Männer vom derzeitigen Abgabensystem anders betroffen als Frauen. Im Jahr 2001 verdienten knapp 12% der beschäftigten Männer, aber nur

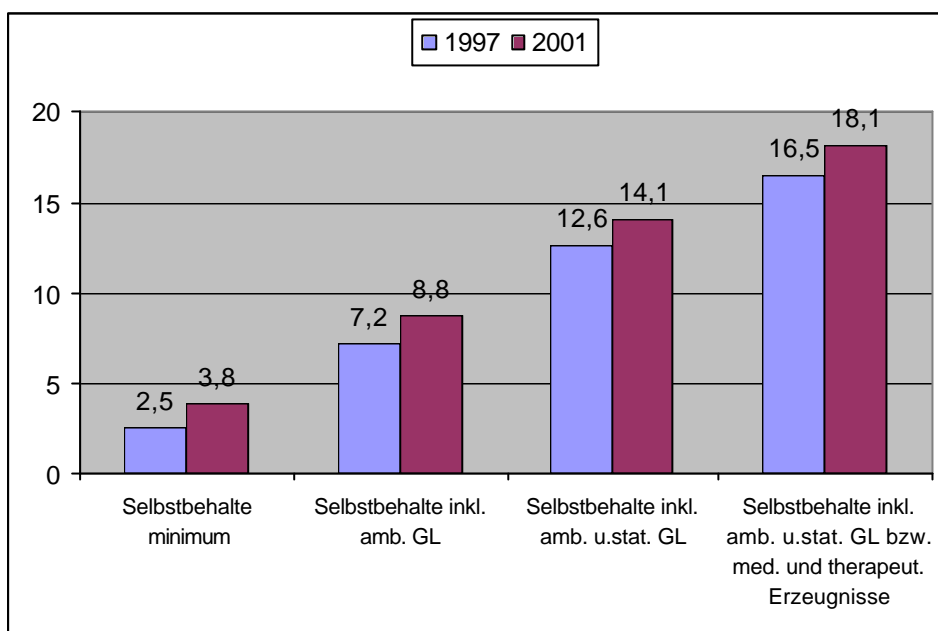
2,5% der beschäftigten Frauen mehr als die Höchstbeitragsgrundlage von damals 3.270 Euro. Von den angestellten Frauen hatten nur 3,8% und von den Arbeiterinnen nur 0,1% ein Einkommen, das über der Höchstbeitragsgrundlage lag (BEIGEWUM 2002). Aufgrund des niedrigeren Durchschnittseinkommens von Frauen ist deren Beitragslast vergleichsweise höher als jene der Männer.

*Selbstbehalte
wirken
regressiv*

Eine ähnliche Wirkung zeigt sich bei den Selbstbehalten, deren Hauptfunktion in Österreich in der Entlastung der Krankenversicherungsbudgets besteht. Zumeist wird Selbstbehalten auch eine nachfrageseitige Steuerungsfunktion zugeschrieben. Ungeachtet der Diskussion, ob und wann Selbstbehalte eine Steuerungswirkung aufweisen, merkt Kaiser (2003, 18) an: „Wenn finanzielle Anreize für die Patienten die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steuern sollen, erhält immer das Kriterium der Zahlungsfähigkeit Vorrang vor dem medizinischen Bedarf. Das Resultat ist eine nicht dem Bedarf entsprechende Verteilung der Gesundheitsleistungen, und damit eine Verstärkung der gesundheitlichen Ungleichheit. Die tatsächliche Höhe der Selbstbehalte in der Form direkter Kostenbeteiligung⁹ kann laut Hofmarcher und Röhrling (2003) für Österreich nur geschätzt werden und lag 2001 je nach Definition bei einem Anteil zwischen 3,8 und 18,1% der gesamten Gesundheitsausgaben (vgl. Abb. 11). Gemäß OECD-Definition würde der Anteil der Selbstbehalte an den gesamten Gesundheitsausgaben sogar 23,9% betragen (Hofmarcher/Röhrling 2003). Der Hauptverband schätzt die bezahlten Selbstbehalte allein für ASVG Versicherte im Jahr 2001 auf insgesamt 833 Mio. Euro (Probst 2003). Von ihrer Verteilungswirkung sind Selbstbehalte regressiv und belasten BezieherInnen niedriger Einkommen überproportional mehr als Personen mit hohem Einkommen. Auch hier kann aufgrund des niedrigeren Durchschnittseinkommens von Frauen von einer Mehrbelastung der Frauen ausgegangen werden.

⁹ direkte Kostenbeteiligung umfasst prozentuale oder betragsmäßige Selbstbeteiligung und Selbstbehalte in der Form von Gebühren pro erbrachter Leistung (Hofmarcher/Röhrling 2003, 8).

Abbildung 11: Selbstbehalte in Österreich in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben



Quelle: Hofmarcher/Röhrling 2003

*Erwerbs-
einkommen als
Bemessungs-
basis bevor-
zugt andere
Einkommen*

Als weitere Inkonsistenz lässt sich feststellen, dass mit der Finanzierung der Krankenversicherung auf Basis des Erwerbseinkommens alle BezieherInnen mit nicht beitragspflichtigen Einkommen ungleich weniger durch Krankenversicherungsabgaben belastet werden. Derzeit bezahlen Versicherte mit hohem Einkommen aus unselbständiger Beschäftigung mehr Beiträge, als jene mit gleich hohem Einkommen aus mehrheitlich Kapitaleinkünften. Laut einer Untersuchung in Deutschland zahlen etwa ältere Versicherte verhältnismäßig geringere Beiträge bei gleichem Gesamteinkommen, weil diese über einen höheren Anteil an nicht beitragspflichtigem Einkommen verfügen (Rürup Kommission 2003). Aus geschlechtsspezifischer Sicht kann auch in diesem Fall davon ausgegangen werden, dass Frauen stärker belastet sind als Männer, weil nach vorliegenden Schätzungen Männer über einen weitaus höheren Anteil an nicht beitragspflichtigem Einkommen verfügen (BEIGEWUM 2000). Durch die hohe Abgabenlast auf Arbeit und die ‚Nicht-Belastung‘ von traditionell männlichem Kapital- oder Vermögensbesitz sind Männer einnahmenseitig bevorteilt.

Bei Reformüberlegungen muss es daher unter anderem darum gehen, inkonsistente Verteilungswirkungen zu beseitigen und insbesondere interpersonelle und intergenerative Verteilungseffekte zu berücksichtigen. Gleichzeitig sollen die Maßnahmen die Finanzierung des Gesundheitssystems

nachhaltig sichern. Hierbei ist anzustreben, die Abgabenlast auf den Faktor Arbeit einzuschränken und eine antizyklisch wirkende (konjunkturelle Schwankungen nicht verstärkende) Beitragserhebung zu entwickeln. Die Maßnahmen müssen nicht zuletzt administrativ beherrschbar sein und die Entwicklung des europäischen Binnenmarkts berücksichtigen. Die internationalen Entwicklungen anzuerkennen bedeutet aber nicht, alle stattfindenden Veränderungen kritiklos hinzunehmen. Der europäische Binnenmarkt und der Weltmarkt sind nicht starr festgelegt sondern gestaltbar und mitunter wird es notwendig sein, gerade mit dem Reformdiskurs im Gesundheitswesen einen Gegendiskurs zum (inter)nationalen liberalen Wohlfahrtsstaatsdiskurs und dem damit verknüpften wirtschaftspolitischen Diskurs zu etablieren.

5.2.2. Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage

Die Höchstbeitragsgrundlage entspricht der Obergrenze des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens, von der Beiträge für die Sozialversicherung zu entrichten sind (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2003a). Eines der Hauptziele einer umfassenden sozialen Krankenversicherung ist die Schaffung eines solidarischen Ausgleichs zwischen unterschiedlichen Einkommen. Dies ist ein zentrales Abgrenzungsmerkmal von an Risikoprämien orientierten privaten Versicherungen. Die derzeitige Situation einer mangelnden Inklusion höherer Einkommen widerspricht dem Prinzip des Solidarausgleichs. Im Sinne einer sozial ausgewogenen Reform des Gesundheitswesens, die von allen Menschen des Landes gemäß ihrer Leistungsfähigkeit getragen wird, sollte die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung überdacht werden.

*4 Szenarien
zur
An/Aufhebung
der Höchstbei-
tragsgrund-
lage werden
berechnet*

Im Folgenden analysieren die AutorInnen die Implikationen einer Veränderung der Höchstbeitragsgrundlage. Dabei wird von vier verschiedenen Szenarien ausgegangen. Die Höchstbeitragsgrundlage soll von derzeit 3.450 Euro zunächst auf 3.571, dann auf 4.286 und auf 5.000 Euro angehoben sowie schließlich vollkommen aufgehoben werden. Weiters soll eine Differenzierung nach ASVG-Versicherten, Beamten und Selbständigen und eine Analyse von geschlechtsspezifischen Auswirkungen durchgeführt werden. In die Analyse werden entstehende Verluste in der Lohn- und Einkommenssteuer bei An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage mit einbezogen. Für die Mehreinnahmen der Krankenversicherungen werden sowohl Dienstnehmer- als

auch Dienstgeberbeiträge herangezogen, während für die Berechnung des Lohnsteuerausfalls sinnvollerweise lediglich die Dienstnehmer in Betracht kommen.

Zudem ist anzumerken, dass für die Berechnungen verschiedene Datensätze mit leicht differierender Methodik herangezogen wurden. So werden zum Beispiel auf die Einkommensdaten des Jahres 2001 die Beitragswerte und Höchstbeitragsgrundlagen des Jahres 2004 angewendet, da derzeit keine aktuellere Lohnsteuerstatistik vorhanden ist. Bedingt durch die erfolgte Teilharmonisierung, unterscheiden sich die Beitragswerte 2004 geringfügig von früheren Werten. Für die Berechnung der Lohn- und Einkommenssteuerausfälle werden bei der Steuerbemessungsgrundlage Steuerabsetz- und -freibeträge im Rahmen des jährlichen Steuerausgleichs nicht berücksichtigt. Weiters kommen für die Berechnung der Steuerausfälle bereits die 2005 in Kraft tretenden neuen Steuersätze zur Anwendung. Zusätzlich erschwerend wirkt sich die Tatsache aus, dass Einkommen über 200.000 Euro nicht in genauer Größenordnung verfügbar sind, und diese daher geschätzt werden müssen. Aufgrund dieser methodischen Probleme stellen die Ergebnisse dieser Berechnungen grundsätzliche Größenordnungen dar, die in der Praxis differieren können.

5.2.2.1. *ASVG-Versicherte, Beamte und PensionistInnen*

Mehreinnahmen durch Anhebung bei ASVG-Versicherten, Beamten und PensionistInnen zwischen 34 und 570 Mio. €

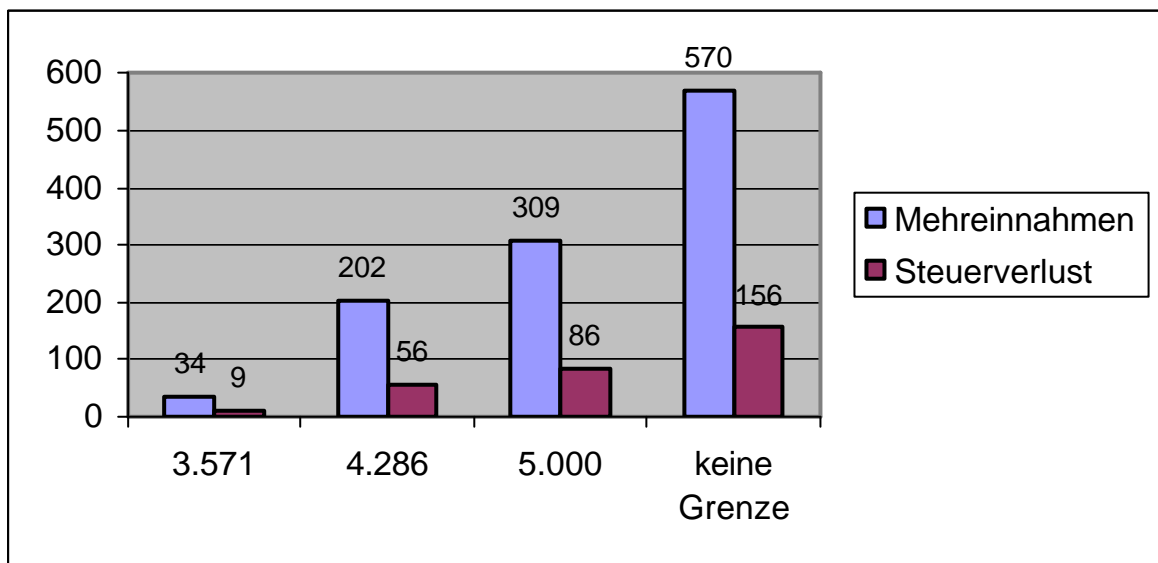
Bei einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage (Tab.6) auf 3.571 Euro sind zusätzliche Einnahmen in Höhe von knapp 34 Mio. Euro für die Krankenversicherungen zu erwarten. Eine Erhöhung auf 4.286 würde mit 202 Mio. Euro an Mehreinnahmen einhergehen, während eine Erhöhung auf 5.000 Euro bereits ca. 309 Mio. Euro generieren würde. Eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage hätte geschätzte Mehreinnahmen von 570 Mio. Euro zur Folge. Die damit verbundenen Lohnsteuerverluste machen für Arbeiter, Angestellte, Beamte und PensionistInnen ca. 27 - 28% der Mehreinnahmen aus. Insgesamt entspricht der Lohnsteuerentfall aber jeweils weniger als einem Prozent des gesamten Lohnsteueraufkommens. Abbildung 12 verdeutlicht die Ergebnisse illustrativ.

Tabelle 6: Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für ArbeiterInnen, Angestellte, Beamte und PensionistInnen in Euro

Höchstbeitrags- grundlage	KV - Mehr- einnahmen	LSt - Verlust	Nettoeffekt	Steuerverlust in Prozent der Mehreinnahmen
3.450	0	0	0	0
3.571	33.927.288	9.443.867	24.483.422	27,84
4.286	202.371.438	56.251.151	146.120.287	27,80
5.000	308.544.578	85.568.689	222.975.889	27,73
keine Grenze	570.002.656	155.924.261	414.078.395	27,36

Quelle: Lohnsteuerstatistik 2001, eigene Berechnungen

Abbildung 12: Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für ArbeiterInnen, Angestellte, Beamte und PensionistInnen in Mio. Euro



Quelle: Lohnsteuerstatistik 2001, eigene Berechnungen

Es ist festzuhalten, dass der Lohnsteuerentgang lediglich einem innerstaatlichen Transfer gleichkommt. Jener Teil der Mehreinnahmen, der von Personen mit Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage generiert wird, stellt eine wirkliche Zusatzeinnahme dar, während die Lohnsteuermindereinnahmen keinem gesamtstaatlichen Einnahmenentfall gleich kommen, sondern lediglich eine innerstaatliche Umverteilung bedingen. Das Argument des Lohnsteuerentfalls mag somit aus Sicht des Finanzministeriums plausibel erscheinen, auf einer

Steuerverlust kann durch Steuerpolitik wettgemacht werden

gesamtstaatlichen Ebene relativiert sich jedoch seine Bedeutung. Zudem können die Mindereinnahmen des Finanzministeriums durch entsprechende Änderungen bei anderen Steuern oder bei den Verteilungsschlüsseln im Finanzausgleich ausgeglichen werden. Bei den Steuern würden sich jene Bemessungsgrundlagen anbieten, die derzeit wenig oder gar nicht belastet werden, wie etwa das Vermögen.

Die vier genannten Szenarien haben aufgrund der paritätischen Finanzierung der Sozialversicherung natürlich auch Auswirkungen auf die Dienstgeber. Die sogenannten Lohnnebenkosten werden durch die Erhöhung bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage gesteigert. Die folgende Tabelle (7) zeigt die absolute Mehrbelastung jener Dienstgeber, die Personen mit einem Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage beschäftigen.

Tabelle 7: Belastung der Dienstgeber mit Beschäftigten, deren Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage liegt, in Mio. Euro

	Dienstgeberbeiträge ArbeiterInnen	Dienstgeberbeiträge Angestellte	Zusätzliche Lohnnebenkosten
Anhebung auf...			
3.571	696.090	11.850.156	12.546.246
4.286	3.994.718	71.317.179	75.311.897
5.000	5.701.309	110.300.961	116.002.270
keine Grenze	8.544.001	217.653.889	226.197.890

Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnungen

Zusätzliche Lohnnebenkosten für Dienstgeber zwischen 12,5 und 226 Mio. €

Unternehmen, die hauptsächlich ArbeiterInnen beschäftigen, sind von den Maßnahmen weniger betroffen. Bei jenen Unternehmen, die Angestellte mit einem Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage beschäftigen, kommt es zu einer Mehrbelastung, die im Falle einer Aufhebung der Grenze österreichweit 218 Mio. Euro ausmacht. In welcher Form sich die Lohnnebenkostenerhöhung auf die einzelnen Unternehmen auswirkt, ist schwierig zu beurteilen, da man die verschiedenen Einkommensklassen der Angestellten, die vier Szenarien und die Personalintensität der Unternehmen berücksichtigen müsste. Beispielhaft sei eine Angestellte mit einem Jahreseinkommen von 85.000 Euro angeführt. Sie würde bei einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf monatlich 5.000 Euro eine Lohnnebenkostenerhöhung für den Unternehmer in Höhe von ca. 52 Euro monatlich verursachen. Bezogen auf das monatliche Bruttoeinkommen wären das 0,86%.

*Lohn-
nebenkosten
sind nicht der
einzige
Standortfaktor*

Die Standortdebatte, die durch diese Zahlen möglicherweise ausgelöst werden könnte, ist in zweifacher Weise zu relativieren. Erstens ist zu diskutieren, inwieweit Mehreinnahmen zumindest zum Teil durch Beitragssenkungen wieder ins System zurückfließen können (vgl. 5.2.2.4). Zweitens beschränkt sich die internationale Standortdebatte keineswegs auf die Höhe der Lohnnebenkosten, denn diese sind in einem hoch entwickelten Land wie Österreich nicht als einziger Standortfaktor zu sehen. Vielmehr werden damit auch Strukturen geschaffen, die in einem internationalen Umfeld unverzichtbar sind, und mit denen Österreich auch schon in der Vergangenheit gegenüber Ländern mit niedrigeren Lohnnebenkosten punkten konnte. Ein umfassender Zugang zum Gesundheitssystem, entsprechend produktive Arbeitskräfte und sozialer Frieden sollen hier nur beispielhaft genannt werden.

5.2.2.2. *Selbständige*

Die zweite Gruppe der Analyse stellen die Selbständigen dar, deren eigene methodischen Details keine gemeinsame Darstellung mit den oben genannten Gruppen erlauben. Tabelle 8 zeigt analog zur Tabelle 6 die Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf Selbständige.

Tabelle 8: Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für Selbständige in Euro

Höchstbeitrags- grundlage	KV - Mehr- einnahmen	LSt - Verlust	Nettoeffekt	Steuerverlust in Prozent der Mehreinnahmen
3.450 = 4.025	0	0	0	0
3.571 = 4.167	12.538.699	5.925.570	6.613.128	47,26
4.286 = 5.000	78.401.161	24.514.809	53.886.352	31,27
5.000 = 5.833	126.514.349	61.016.688	65.497.660	48,23
keine Grenze	427.835.949	211.677.488	216.158.461	49,48

Quelle: Lohnsteuerstatistik 2001, eigene Berechnungen

Die Höchstbeitragsgrundlage der Selbständigen liegt derzeit, anders als bei den anderen Einkommensgruppen, bei 4.025 Euro. Dies liegt daran, dass Selbständige keinen 13. und 14. Monatsgehalt beziehen. Bei der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage wurde demgemäß kein starres Erhöhen auf die oben

Mehreinnahmen durch An/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage bei Selbständigen zwischen 12,5 und 428 Mio. €

genannten Grenzen durchgeführt, sondern die für Selbständige jeweils äquivalenten Grenzen berechnet. Somit entspricht zum Beispiel einer ASVG-Höchstbeitragsgrundlage von 5.000 Euro einer Selbständigen-Grenze von 5.833 Euro. Die jährliche Höchstbemessungsgrundlage ist aber für beide die gleiche, nämlich 70.000 Euro.

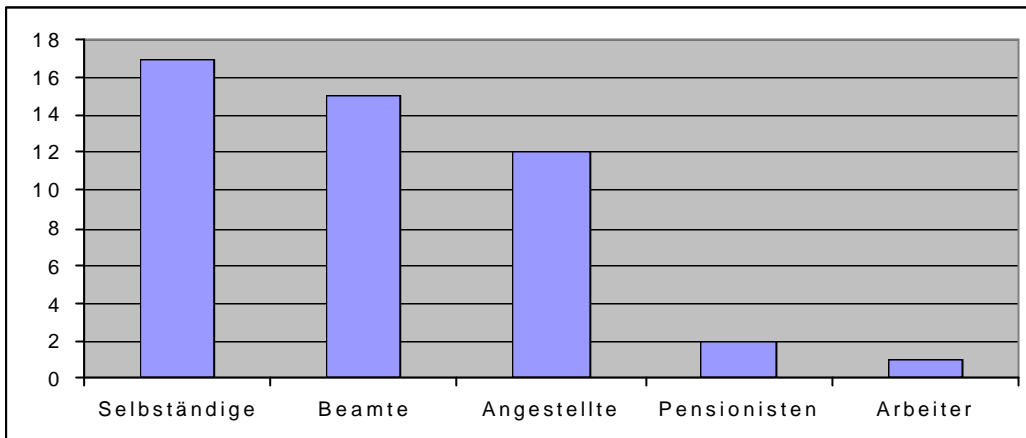
Auffallend ist hier vor allem der starke Anstieg der Mehreinnahmen bei der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf 5.833 Euro und bei der Aufhebung derselben. Bei der Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage werden bei den Selbständigen mit knapp 428 Mio. Euro beinahe 75% des Mehreinkommens aller anderen zuvor beschriebenen Gruppen erreicht. Der Grund dafür liegt in den relativ hohen Einkommen, die die Selbständigen generieren. Die Einkommenssteuer unterliegt zwar grundsätzlich den selben Regeln wie die Lohnsteuer, die große Masse an Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage bei den Selbständigen führt aber zu anderen Effekten als dies bei der Lohnsteuer der Fall ist. Steuerverluste fallen daher bei den Selbständigen stärker aus. Die Mindereinnahmen der Einkommenssteuer, bedingt durch die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage, liegen je nach Einkommensklasse zwischen 31,3 und 49,5 Prozent.

5.2.2.3. *Verteilungseffekte*

Maßnahme betrifft 6% der Erwerbstätigen, davon primär Selbständige, Beamte und Angestellte

Verteilungspolitisch ist zu diesen Zahlen zu sagen, dass insgesamt nur 6% der unselbständig Erwerbstätigen von derartigen Maßnahmen betroffen wären; jene also, die derzeit mehr als die Höchstbeitragsgrundlage verdienen. Getrennt nach Berufsgruppen sind 15% der Beamten, 12% der Angestellten, 2% der PensionistInnen und nicht einmal 1% der ArbeiterInnen von den Maßnahmen betroffen. Bei den Selbständigen wären 17% betroffen (Abb. 13).

Abbildung 13: prozentueller Anteil der Betroffenen bei einer Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage nach Berufsgruppen



Quelle: Lohnsteuerstatistik 2001, Einkommenssteuerstatistik 2000, eigene Berechnungen

Frauen sind deutlich weniger betroffen

Nach dem Geschlecht differenziert sind vor allem Frauen von den Maßnahmen am wenigsten betroffen (Tab. 9). Das liegt daran, dass Frauen durch die Vielzahl an atypischen Beschäftigungsverhältnissen und aufgrund der niedrigeren Durchschnittseinkommen eher im niederen Lohnsegment vertreten sind und daher von einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage vergleichsweise geringer betroffen sind. Beispielsweise gab es im Jahr 2001 lediglich 2 Arbeiterinnen, die im höchsten Einkommenssegment von über 200.000 Euro brutto jährlich vertreten waren.

Tabelle 9: Auswirkungen einer An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für unselbständige Frauen und Männer in Euro

Frauen				
Höchstbeitragsgrundlage	KV - Mehreinnahmen	LSt - Verlust	Nettoeffekt	Steuerverlust in Prozent der Mehreinnahmen
3.571	5.695.155	1.645.865	4.049.290	28,90
4.286	32.957.773	9.514.291	23.443.483	28,87
5.000	47.743.810	13.756.448	33.987.362	28,81
keine Grenze	72.810.862	20.753.076	52.057.786	28,50
Männer				
Höchstbeitragsgrundlage	KV - Mehreinnahmen	LSt - Verlust	Nettoeffekt	Steuerverlust in Prozent der Mehreinnahmen
3.571	28.232.134	7.798.002	20.434.132	27,62
4.286	169.409.980	46.736.860	122.673.120	27,59
5.000	260.800.769	71.812.242	188.988.527	27,54
keine Grenze	497.191.794	135.171.184	362.020.610	27,19

Quelle: Lohnsteuerstatistik 2001, eigene Berechnungen

Die Daten zeigen, dass Frauen bei allen vier Modellrechnungen – bedingt durch ihre schlechtere Einkommenssituation – einen kleineren Beitrag zu den Mehreinnahmen leisten müssten. Insgesamt machen die Mehreinnahmen im Durchschnitt bei Frauen ca. 16% aus, während ca. 84% von den Männern generiert werden. Der Steuerverlust der verschiedenen Maßnahmen ist für den Staat bei Frauen zwar prozentuell etwas höher, aufgrund der absoluten Zahlen fallen aber die Steuerverluste bei den Männern stärker ins Gewicht. Die Frauen zeichnen sich wie bei den Mehreinnahmen für ca. 16% der Steuerverluste verantwortlich, während auf die Männer ca. 84% der Steuerverluste entfallen. Insgesamt wären 9,1% der unselbständig beschäftigten Männer von der Erhöhung bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage betroffen, bei den unselbständig beschäftigten Frauen fallen lediglich 1,9% in die Gruppe der Betroffenen.

5.2.2.4. *Beitragsatzsenkung*

*Beitragsatz-
senkung
reduziert
Maßnahme auf
Umverteilung*

Abschließend soll noch berechnet werden, inwieweit mit der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage finanzielle Mittel in Form einer Beitragssenkung wieder an Beschäftigte und Arbeitgeber zurückfließen könnten. Im Sinne einer aufkommensneutralen Reform würde dies das Argument der erhöhten Lohnnebenkosten abschwächen, allerdings beschränkt sich die Veränderung dann auf eine reine Umverteilungsmaßnahme ohne Finanzierungseffekt für die Kassen. Das heißt, es stünden dann keine Mehreinnahmen für die Finanzierung von zusätzlichen Leistungen im Gesundheitswesen und für den Ausgleich des Defizits zur Verfügung.

Für die Berechnung der Beitragssenkungen wird zunächst – aufgrund ihrer Sonderstellung – auf die Miteinbeziehung von PensionistInnen und Selbständigen verzichtet. Die Einkommenseffekte werden in weiterer Folge für ArbeiterInnen, Angestellte und Beamte für die vier oben genannten Szenarien berechnet. Daraufhin wird eine Harmonisierung des Beitragssatzes unterstellt, und dieser dann auf jenes Niveau gesenkt, auf dem das jeweilige Szenario aufkommensneutral ist. Die folgende Tabelle (10) fasst die Ergebnisse dieser Berechnungen zusammen.

Tabelle 10: Mögliche Senkungen der Beitragssätze für ArbeiterInnen, Angestellte und Beamte

	Mehreinnahmen bei ArbeiterInnen, Angestellten und Beamten in Mio. Euro	Daraus folgt eine mögliche harmonisierte Senkung auf...
3.571	30,9	6,69%
4.286	184,6	6,50%
5.000	281,9	6,39%
keine Grenze	527	6,11%

Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnungen

Durch An/Aufhebung der HBG könnte der Beitragssatz auf Werte zwischen 6,11 und 6,69 % gesenkt werden

Während bei einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf 3.571 Euro ein Großteil der Mehreinnahmen durch die Harmonisierung an sich vereinnahmt wird, und der Beitragssatz somit nur auf 6,69% gesenkt werden kann, ergibt sich bei den übrigen drei Szenarien eine deutlichere Reduzierung desselben. Das Potenzial reicht bis zu einer Absenkung des Krankenversicherungsbeitragssatz auf 6,11% bei einer Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage. Dieser Beitragssatz bedeutet im Vergleich zu den derzeitigen Sätzen von 6,7 und 6,8% - bei gleich bleibendem Versorgungsniveau - eine deutliche Reduzierung der Zahllast im Krankenversicherungssystem. Der Umverteilungseffekt stellt sich so dar, dass 7,7% der Personen mit einem Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage solidarisch in der Krankenversicherung einbezogen werden, während für alle Dienstnehmer eine Senkung der Beitragssätze der Fall wäre. Rürup (2003) weist nicht zuletzt auf den Wachstumseffekt einer solchen Maßnahme hin, da hauptsächlich diejenigen Personen entlastet werden, die im unteren Einkommenssegment liegen und entsprechend höhere Konsumquoten aufweisen.

5.2.2.5. *Zusammenfassung*

Eine Erhöhung bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage hat deutliche budgetäre Effekte für die Krankenversicherungen. Es wurden vier verschiedenen Szenarien modelliert, bei denen Brutto- und Nettoeffekte quantifiziert wurden. Die gesamten Mehreinnahmen bewegen sich zwischen 46,5 Mio. und rund 1 Mrd. Euro. Die Nettoeffekte reichen von 31 Mio. Euro bei einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf monatlich 3.571 Euro bis hin zu 630 Mio. Euro bei einer Aufhebung derselben. Eine Erhöhung auf monatlich 4.286 Euro brächte einen Nettoeffekt von 200 Mio. Euro während sich dieser Effekt bei einer Erhöhung auf monatlich 5.000 Euro auf 288 Mio. Euro belaufen würde. Es wurde

*Gesamter
Einnahmens-
effekt liegt
zwischen 47
Mio. und 1
Mrd. €*

zudem gezeigt, dass die Steuerverluste gesamtstaatlich keinen Verlust an sich darstellen und dass der Steuerentgang durch entsprechende Änderungen bei anderen Steuern oder der Aufteilung der Einnahmen im Rahmen des Finanzausgleichs zu bewältigen ist. Weiters wurde das mögliche Potenzial einer aufkommensneutralen Reform berechnet, indem die zusätzlichen Einnahmen für eine harmonisierte Reduzierung des Krankenversicherungsbeitragsatzes herangezogen wurden. Im günstigsten Fall der Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage ergab sich dabei eine Senkung des Satzes auf 6,11 Prozent. Bezogen auf die Verteilungswirkung konnte gezeigt werden, dass Selbständige, Beamte und Angestellte am meisten von den Maßnahmen betroffen wären, während hingegen ArbeiterInnen und PensionistInnen bzw. Frauen eine geringere Finanzierungslast zu tragen hätten.

Nicht in diese Quantifizierung eingeflossen sind Überlegungen zu den möglichen Reaktionen der einzelnen Akteure auf diese Maßnahmen. So könnten Arbeitnehmer auf Schwarzarbeit oder Selbständige auf "sozialversicherungsschonendes Bilanzieren" umsteigen, was eine wahrscheinliche Verkleinerung der Effekte zur Folge hätte. Der Charakter der Größenordnung der dargestellten Zahlen bleibt aber erhalten.

5.2.3. Verbreiterung der Beitragsgrundlage

*Verbreiterung
der Beitrags-
grundlage
entlastet den
Faktor Arbeit*

Wiewohl mit einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage die regressive Verteilungswirkung reduziert wird, bleibt bei dieser Maßnahme die Lohnzentriertheit des Finanzierungssystems aufrecht. Die Verbreiterung der Beitragsgrundlage, d.h. das Heranziehen zusätzlicher Finanzierungsquellen, stellt eine Möglichkeit dar, die Lohnzentriertheit der Finanzierung abzuschwächen. Eine Verbreiterung der Beitragsgrundlage kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen. Im Folgenden werden mit der Wertschöpfungsabgabe und der Bürgerversicherung zwei Varianten dazu vorgestellt.

5.2.3.1.

Wertschöpfungsabgabe

*Bemessungs-
grundlage für
Wert-
schöpfung
wird
unterschied-
lich definiert*

Das Standardmodell, mit dem eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage in der Sozialversicherung stattfinden kann, ist die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe. "Die Wertschöpfung leitet ihre Bezeichnung davon ab, dass die Brutto-Wertschöpfung alternativ zur Lohn und Gehaltssumme als Beitragsbasis für Sozialleistungen dienen soll." (Breuss/Schebeck/Walterskirchen 1997, 6) Die Bemessungsgrundlage, auf der die Wertschöpfungsabgabe basiert, umfasst je nach Definition Arbeitgeberbeiträge, Abschreibungen, Gewinne, Fremdkapitalzinsen, Mieten und Pachten, Steuern und sonstige betriebliche Aufwendungen. Grundsätzlich unterscheidet man bei der Berechnung der Wertschöpfungsgrundlage zwischen der subtraktiven und der additiven Methode. Bei der subtraktiven Methode werden die Umsatzerlöse um die Vorleistungen und weitere Faktoren vermindert, während bei der additiven Methode die einzelnen Komponenten der Wertschöpfung aufaddiert werden (Breuss/Schebeck/Walterskirchen 1997).

*Geschätzte
Wertschöpf-
ungsbasis für
2004 liegt
zwischen 173
und 198 Mrd.
€*

Breuss, Schebeck und Walterskirchen (1997) stellen eine Berechnung einer hypothetischen Bemessungsgrundlage für die Jahre 1980 bis 1993 an. Ausgehend von der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung verbinden sie im Rahmen der additiven Methode die Werte der Lohn- und Gehaltssumme, der Dienstgeberbeiträge, eines Drittels des Bruttobetriebsüberschusses und der volkswirtschaftlichen Abschreibungen (ohne Abschreibungen von Vermögensverwaltung, öffentlichem Dienst und privaten Diensten ohne Erwerbscharakter). Im Zuge der subtraktiven Methode reduzieren sie die Umsätze um die Vorumsätze, Teile der Wertschöpfung und die volkswirtschaftlichen Abschreibungen (ohne Abschreibungen von Vermögensverwaltung, öffentlichem Dienst und privaten Diensten ohne Erwerbscharakter). Dabei errechnen sie für das Jahr 1993 eine administrierbare Bruttowertschöpfung von 91,7 Mrd. Euro nach der additiven und von 100,9 Mrd. Euro nach der subtraktiven Methode. Diese Werte bilden die Grundlage für eine solidarische Wertschöpfungsabgabe der Unternehmen. Ausgehend von den Daten für die Jahre 1980 bis 1993 werden nachstehend für eine Trendextrapolation die Mittelwerte bzw. Medianwerte¹⁰ der Zuwachsraten der Wertschöpfungsbasen

¹⁰ Der Mittelwert dividiert die Summe der Werte der Ereignisse durch die Anzahl der Ereignisse, während der Median jener Wert einer Verteilung ist, bei dem genau 50% der Ereignisse einen höheren und 50% einen niedrigeren Wert aufweisen. Der Median ist daher sicherer gegenüber Ausreißwerten.

errechnet. Damit ergibt sich für das Jahr 2004 ein geschätztes Potenzial für eine Wertschöpfungsgrundlage von knapp 173 bis hin zu 197,6 Mrd. Euro (vgl. Tab. 11). Diese Bemessungsgrundlagen bilden die Basis für einen Sozialversicherungsbeitrag des Faktors Kapital. Die Bestimmung eines konkret abzuliefernden Prozentsatzes bleibt dem politischen Entscheidungsprozess überlassen.

Tabelle 11: Wertschöpfungsbemessungsgrundlagen 2004 auf Basis einer Trendexpolation in Mrd. Euro

	Additive Methode	Subtraktive Methode
Trendexpolation auf Mittelwertbasis	173,4	194,9
Trendexpolation auf Medianwertbasis	172,9	197,6

Quelle: Breuss/Schebeck/Walterskirchen, eigene Berechnungen

Kapital-intensive Betriebe sind am stärksten betroffen

Eine solche Maßnahme hat nicht nur Auswirkungen auf die Finanzierung der Sozialversicherung, sondern auch auf die einzelnen Wirtschaftsbereiche. Generell sind Branchen mit hoher Kapitalintensität und hohen Abschreibungen, mit hohen Gewinnquoten und einem hohen Anteil an Selbständigen am stärksten betroffen, während beschäftigungs- und somit lohnintensive Branchen, die bisher die Sozialversicherung ungleich stärker mitfinanzieren, entlastet werden. In anderen Worten wird der Faktor Arbeit relativ zum Faktor Kapital entlastet, während das Kapital in die Finanzierung der Sozialversicherung eingebunden wird. Damit sinkt die Bedeutung der Lohnnebenkosten. Planstellenabbau bzw. eine Auslagerung von beschäftigungsintensiven Bereichen aufgrund von Lohnnebenkosten werden unrentabel. Gemessen am Personalaufwand in Prozent der Bruttowertschöpfung sind die am meisten betroffenen Branchen die Vermögensverwaltung, die Landwirtschaft, der Bankensektor und die Energiewirtschaft (Breuss/Schebeck/Walterskirchen 1997). Sie tragen aufgrund ihrer geringen Personalintensität bei der Wertschöpfungsabgabe einen größeren Finanzierungsanteil als andere Branchen. Rüdiger (1992) stellt fest, dass sich die relative Zahllast eines einzelnen Unternehmens von der seiner Branche stark unterscheiden kann. Speziell in der Landwirtschaft kann es aufgrund der kleinstrukturierten Betriebe zu individuellen Härtefällen kommen. Dies könnte zum Beispiel mit der Einführung einer Freigrenze kompensiert werden.

Die Effekte variieren je nach Definition der Wertschöpfung. Erweitert man diese nach dem Vorschlag der Gewerkschaft der Privatangestellten (GPA) (1996) auf

alle betrieblichen Aufwendungen so ist der Finanzierungseffekt insgesamt stärker, zwischen den Branchen jedoch ausgeglichener, da betriebliche Aufwendungen unabhängig von der Personalintensität entstehen. Werden bei der Definition der Wertschöpfung die Dienstgeberbeiträge nicht miteinbezogen, würde zwar der Faktor Arbeit in absoluten Zahlen nach wie vor entlastet werden, das Paritätsprinzip der anteiligen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird aber aufgelöst. Die Arbeitgeber beteiligen sich dann nach anderen Kriterien an der Finanzierung der Sozialversicherung, wie etwa dem Gewinn, den Abschreibungen oder den betrieblichen Aufwendungen. Zusätzlich brächte dies mitunter eine Aushöhlung des Selbstverwaltungsprinzips der Sozialversicherung mit sich, wenn etwa Unternehmerbeiträge über die Finanzämter abgeführt werden.

Die Konjunkturreakibilität der Krankenversicherung durch die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe wird unterschiedlich beurteilt (Kwapil 1998). Einerseits wird betont, dass Unternehmensgewinne stärker schwanken als die Löhne der Beschäftigten, andere Quellen weisen wiederum auf die zeitliche und sektorale Stetigkeit der Bruttowertschöpfung hin.

5.2.3.2. *Bürgerversicherung*

Alternativ bzw. auch komplementär zur Wertschöpfungsabgabe kann eine Verbreiterung der Beitragsgrundlage über eine sogenannte ‚Bürgerversicherung‘ nach deutschem Modell erfolgen (Rürup Kommission 2003). Bei diesem Modell wird das Leistungsfähigkeitsprinzip der Sozialversicherung auf alle Einkommensarten (Lohn, Arbeits- und Vermögenseinkommen) erweitert. Diese umfassen das bisher verwendete Lohneinkommen, die Gewinne aus Land- und Forstwirtschaft, aus selbständiger Arbeit und Gewerbe, die Einnahmen aus Kapitalvermögen nach Abzug der Werbungskosten, sowie aus Vermietung und Verpachtung nach Abzug der Werbungskosten. Für lohnbezogene Einkünfte bleibt die paritätische Finanzierung aufrecht, für Vermögenseinkommen bezahlen Versicherte einen Beitrag in Höhe des vollen Beitragssatzes. Damit entscheidet nicht mehr die Quelle des individuellen Einkommens, sondern dessen Höhe über den Umfang der zu entrichtenden Beiträge. Auch dieses Modell wird damit begründet, dass Einkommen aus Vermietung und Kapital gesamtwirtschaftlich an Bedeutung gewinnen, während Einkommen aus abhängiger Beschäftigung relativ dazu abnehmen. Das Modell reduziert die Beitragslast für den Faktor

*Bürger-
versicherung
integriert alle
Einkommens-
arten in die
Sozialver-
sicherung*

„Arbeit“, stärkt gleichzeitig das Solidaritätsprinzip und erhöht die soziale Gerechtigkeit. Die administrative Abwicklung wird von der deutschen Kommission (Rürup 2003b) als unbürokratisch eingeschätzt. Die Bürgerversicherung verringert insgesamt die Abhängigkeit der Krankenversicherung von der Entwicklung der Arbeitsentgelte und erhöht die Zielgenauigkeit der Verteilungswirkung. Gleichzeitig löst ein derartiges Modell aber die strikt paritätische Arbeitgeber-Arbeitnehmer Finanzierung auf und es macht nicht zuletzt eine Diskussion über die zukünftigen Aufgaben der Sozialversicherung erforderlich. Ungeklärt ist etwa die Frage, wer die Beiträge einhebt (Finanzamt, Sozialversicherungsträger, etc.), wer über die Verteilung der Budgetmittel entscheidet etc.

*Detailfragen
sind noch
ungeklärt*

In der deutschen Diskussion hat das Bürgerversicherungsmodell zahlreiche Gegenstimmen ausgelöst. Zum einen wird kritisiert, dass eine derartige Finanzierung nach wie vor lohnzentriert bleibt, weil das Lohn Einkommen eine überragende Bedeutung am Gesamteinkommen hat. Schwierigkeiten werden zusätzlich in der konkurrierenden Abgrenzung der Einkommensbegriffe im Steuer- und Sozialrecht konstatiert, die auch für die österreichische Situation zu prüfen wäre. Zudem wird bemängelt, dass für sehr hohe Einkommen (ab 5.000 €) die Grenzbelastung steigt, d.h. für jeden zusätzlichen Euro, um den das Bruttoeinkommen eines Arbeitnehmers erhöht wird, muss ein hoher Anteil an Abgaben geleistet werden. In diesem Einkommenssegment dürften sich daraus negative Anreizwirkungen bezüglich Beschäftigungswirkung ergeben (Bork 2003).

Konrad (2003) fordert darüber hinaus, dass sich die soziale Krankenversicherung auf ihre Ursprünge besinnen sollte, nach denen die primäre Aufgabe weniger in einer Umverteilungsfunktion, als vielmehr in einer Absicherung des krankheitsbedingten Lohnausfalls lag. Er lehnt eine noch stärkere Umverteilungsfunktion – wie sie nach dem Modell der Bürgerversicherung der Fall wäre – aus effizienzpolitischer Sicht ab und konstatiert Ineffizienzen, wenn mit dem Sozialversicherungssystem und dem Steuersystem gleichzeitig zwei Umverteilungsinstrumente existieren. Nach dieser Argumentation sei es zu bevorzugen, regressive Verteilungswirkungen bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Kauf zu nehmen und über retrospektive Steuertransfers auszugleichen. Damit werden aber jene Personen, die aufgrund ihrer Einkommenssituation auf Steuertransfers angewiesen sind, zu „sozial

Bedürftigen' stigmatisiert. Gerade in Zeiten der Sparpolitik besteht zudem für diese Personen keine Garantie für derartige Transferleistungen. Die soziale Sicherheit dieser Personen ist etwa dann gefährdet, wenn im Rahmen der Budgetkonsolidierung genau bei den genannten Transfers eingespart wird.

*Soziale
Gerechtigkeit
und bisher
geringe
Belastung
betroffener
Einkommens-
arten sprechen
für Bürger-
versicherung*

Aus der Perspektive der sozialen Gerechtigkeit stellt die Verbreiterung der Beitragsgrundlage im Sinne des vorgestellten Bürgerversicherungsmodells daher durchaus eine Alternative für das österreichische System dar. Ein weiteres Argument, das für dieses Modell spricht, ist die Tatsache, dass die betroffenen Einkommensarten in Österreich bisher nur minimalst belastet werden. Eine Studie des deutschen Finanzministeriums reiht Österreich beim Vermögenssteueranteil am Gesamtabgabenertrag an letzter Stelle im EU-Vergleich (Bundesministerium für Finanzen 2003). Eine ähnliche Situation herrscht bei der Gewinnbesteuerung von Kapitalgesellschaften vor (BEIGEWUM 2000), die mit der Steuerreform 2005 durch die Reduktion des Körperschaftssteuersatzes auf 25% nochmals verringert wurde. Die effektive Körperschaftssteuer liegt laut WIFO nach der Steuerreform deutlich unter dem EU-Schnitt (Schratzenstaller 2003). Nicht zuletzt trägt ein Bürgerversicherungsmodell dem Trend zu zunehmenden Kapitaleinkünften Rechnung. Personen, die derzeit einen Hauptteil ihres Einkommens aus Kapitaleinkünften wie Zinsen, Dividenden, Miet- und Pachteinnahmen beziehen, werden dadurch entsprechend in das Solidarprinzip eingebunden. Entgegen dem Argument, dass eine höhere Kapital- oder Vermögensbesteuerung den Wirtschaftsstandort Österreich gefährdet, gilt es – ähnlich wie beim Argument der Lohnnebenkosten – insbesondere darauf hinzuweisen, dass für Länder wie Österreich, mit im internationalen Vergleich außerordentlich hohem Lohnniveau aber auch sehr hoher Produktivität, die Besteuerung von Gewinnen bei weitem nicht die einzigen und keineswegs die wichtigsten Standortfaktoren darstellen. Im Sinne des Prinzips vorhandene Stärken zu nutzen und auszubauen wäre es vielmehr sinnvoll, die positiven Standortfaktoren abzusichern, wie etwa hohes allgemeines Bildungsniveau, funktionierende Infrastruktur, funktionierende Daseinsvorsorge und damit Lebensqualität und den relativen sozialen Frieden.

Die Darstellung der quantitativen Auswirkungen einer solchen Bürgerversicherung gestaltet sich schwierig, da seit der Abschaffung der Vermögenssteuer 1993 keine Statistiken über den Vermögensstand in Österreich vorliegen. Zwar kennt die Einkommenssteuer prinzipiell sieben zu versteuernde

Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungseffekte ist mangels adäquater Daten nicht möglich

Einkunftsarten, unter denen sich auch der Posten "Miet- und Pachteinkünfte" befindet, doch sind die Zahlen dazu mit Vorsicht zu betrachten. Im Jahr 2000 gab es gemäß der Einkommenssteuerstatistik Einkünfte in Höhe von lediglich 1.070 Mio. Euro aus diesem Titel. Es ist davon auszugehen, dass der größte Teil der Miet- und Pachteinnahmen in Österreich in den Einkommenssteuererklärungen nicht angegeben wird, und somit in keiner Statistik aufscheint. Auch wenn die Einbeziehung von Miet- und Pachteinnahmen in die Sozialversicherung prinzipiell im Rahmen der Einkommenssteuer leicht administrierbar erscheint, braucht es zuerst eine Veränderung des Systems zur Deklaration solcher Einnahmenposten. Ähnlich schwierig gestaltet sich die Darstellung der Gewinne aus Kapitalvermögen. Diese sind wie Miet- und Pachteinnahmen Teil der Einkommenssteuerbemessungsgrundlage und werden für das Jahr 2000 mit 103 Mio. Euro angegeben. Auch hier besteht das Problem, dass solche Einkünfte nicht zur Gänze in der Statistik aufscheinen.

Die einzige Ausnahme der kapitalbezogenen Steuern, über die gesicherte und valide Daten vorliegen, ist die Kapitalertragssteuer II. Sie wurde 1988 eingeführt und besteuert Zinsgewinne. Im Jahre 2002 beliefen sich die Steuereinnahmen aus Zinsen auf 1.663 Mio. Euro. Damit ist jedoch lediglich das Steueraufkommen beziffert. Die für diese Arbeit viel wichtigere Bemessungsgrundlage ist statistisch nicht erfasst. Aufgrund der genannten Datenerhebungsprobleme kann zum jetzigen Zeitpunkt für Österreich keine sinnvolle Bemessungsgrundlage für eine Bürgerversicherung berechnet werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Einkommensarten ein beträchtliches Finanzierungspotenzial für die Krankenversicherung bergen.

Aufgrund der schlechten Datenlage können auch die Verteilungswirkungen einer derartigen Maßnahme nicht quantifiziert werden. Grundsätzlich werden Personen mit primärem Einkommen aus unselbständiger Beschäftigung durch eine vergleichsweise geringere Beitragsbelastung dieser Einkommensart entlastet, während Personen mit hohem zusätzlichem Einkommen belastet werden. Aus geschlechtsspezifischer Sicht betrifft auch diese Maßnahme Frauen erheblich geringer als Männer. Auch bei einer Verbreiterung der Beitragsgrundlage besteht die Möglichkeit einer Beitragssatzsenkung. Davon profitieren insbesondere Personen mit mittleren und niedrigeren Einkommen (Bork 2003).

5.3. **Ausgabenseitige Maßnahmen anhand ausgewählter Beispiele**

*Ausgaben-
einsparung
durch
Beseitigung
von
Ineffizienzen?*

Nach Ansicht verschiedener ExpertInnen bestehen im österreichischen Gesundheitswesen zahlreiche ausgabenseitige Einsparungs- und Optimierungspotenziale. VertreterInnen dieser Maßnahmen gehen dabei von existierenden effizienz-mindernden Organisationsstrukturen und Fehlanreizen aus. Ziel vorgeschlagener Optimierungsmaßnahmen ist eine verbesserte Wirtschaftlichkeit, die dann gegeben ist, wenn der erzielte Nutzen und das erreichte Ergebnis unter Einsatz vergleichsweise geringer finanzieller, organisatorischer und personeller Ressourcen erreicht werden (Noack 2003, 16).

*Einsparung
kann
angebotsseitig
und
nachfrage-
seitig erfolgen*

Wie in Kapitel 4.4. angeführt, hängt die Ausgabenentwicklung sowohl von angebotsseitigen Faktoren (z.B. Anzahl der Anbieter), als auch von nachfrageseitigen Faktoren (z.B. Morbiditätsentwicklung) ab. In gleicher Weise können Maßnahmen zur Verringerung der Ausgaben auf der Angebotsseite (z.B. Schließung von Krankenhäusern) und/oder Nachfrageseite (z.B. Verbesserung des Gesundheitszustandes) ansetzen. Die Darstellung der nachfolgenden Beispiele beschränkt sich im Wesentlichen auf angebotsseitige Maßnahmen, die primär auf die Veränderung der Angebotsstruktur und -organisation abzielen.

*Zahlreiche
Einsparungs-
maßnahmen
sind lediglich
Kostentransfer*

Bei der Beschreibung von ausgabenseitigen Einsparungspotenzialen gilt es grundsätzlich zu unterscheiden, ob es sich um eine gesamtwirtschaftliche Einsparung handelt oder lediglich um einen Kostentransfer. Der Kostentransfer kann erstens vom öffentlichen in den privaten Sektor erfolgen. Beispielsweise vermindern sich mit einem erhöhten Selbstbehalt für Medikamente zwar die Nettoausgaben der Sozialversicherung für Medikamente, allerdings tragen die Kosten dann private Individuen. Der Kostentransfer kann auch innerstaatlich erfolgen. Wenn etwa die Umsatzsteuer für rezeptpflichtige Medikamente gesenkt wird, führt dies zu einer Einsparung bei den Krankenkassen und gleichzeitig zu einem Steuerverlust im Staatshaushalt (vgl. Kap. 5.3.1.2.). Welche Maßnahmen zu ‚echten‘ Einsparungen im volkswirtschaftlichen Sinn führen, ist in vielen Bereichen noch wenig untersucht worden. Gesamtwirtschaftliche Effekte zu quantifizieren ist nicht zuletzt mit erheblichen methodischen Problemen verknüpft.

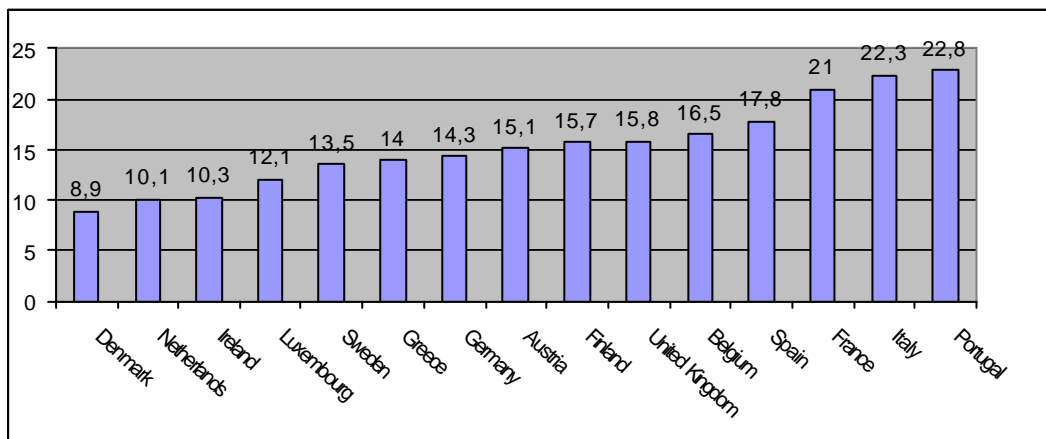
Demgemäß konstatiert auch die deutsche ExpertInnengruppe, dass eine genaue Gesamtquantifizierung ausgabenseitiger Einsparungspotenziale nur eingeschränkt möglich ist (Rürup Kommission 2003). Infolgedessen geht es bei den nachfolgend beispielhaften Darstellungen ausgabenseitiger Maßnahmen in erster Linie darum, Gestaltungsspielräume aufzuzeigen und generell die politische Gestaltbarkeit der Ausgabenstruktur zu verdeutlichen. Das größte Augenmerk wird dabei dem Medikamentensektor gewidmet. Die angeführten Maßnahmen stehen im vorliegenden Papier unverbunden nebeneinander. Ein übergeordnetes Gesamtkonzept im Sinne einer nachhaltigen Reform, das für eine eingehende Diskussion und/oder Umsetzung derartiger Maßnahmen eine Grundvoraussetzung ist, konnte im vorgegebenen Projektzeitraum nicht entwickelt werden.

5.3.1. Arzneimittelsektor

Arzneimittel sind der drittgrößte Ausgabenposten in der öffentlichen KV

Schon aufgrund des budgetären Gewichts kommt dem Arzneimittelmarkt ein besonderes Interesse zu. Die öffentlichen Kosten im Arzneimittelsektor machten im Jahr 2002 2.199 Mio. Euro oder 20,3% der Krankenversicherungsausgaben aus (HVB 2003). Damit ist dieser Sektor nach der Anstaltspflege und der ärztlichen Hilfe der drittgrößte Ausgabenposten der öffentlichen Krankenversicherung. Auch in den anderen EU-Staaten stellen die Arzneimittelausgaben üblicherweise den drittgrößten Ausgabenposten im Gesundheitswesen dar (Abb. 14).

Abbildung 14: Anteil der gesamten Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben 2001 im EU-Vergleich

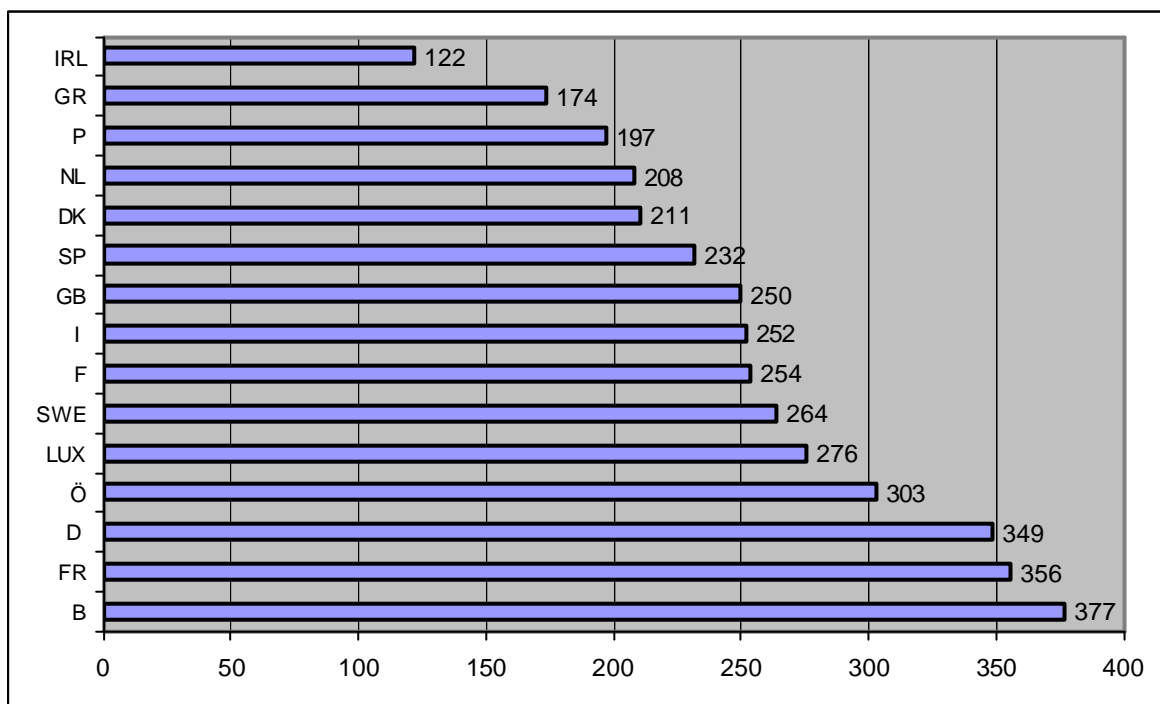


Luxemburg 2000; Portugal 1998; United Kingdom, Belgium 1997; Spain 1990
 Quelle: OECD Health Data 2003

Pro-Kopf Ausgaben für Arzneimittel sind in Österreich vergleichsweise hoch.

Österreich befindet sich mit einem Anteil der Medikamentenkosten von 15,1% der gesamten Gesundheitsausgaben genau im Mittelfeld der EU-Länder, während der Anteil in den südlichen Ländern traditionell höher ist. Vergleicht man aber die Arzneimittelausgaben pro Kopf in den EU-Ländern (Abb. 15) so ergibt sich für Österreich eine weniger zufriedenstellende Situation. Hier liegt Österreich mit Ausgaben für Medikamente in Höhe von 303 Euro pro Kopf im europäischen Spitzenfeld.

Abbildung 15: EU-Vergleich der Arzneimittelausgaben (inkl. Ust.) pro Kopf 1999 in Euro



Quelle: Rosian/Vogler. 2002. S.231

Sowohl das Niveau als auch die Entwicklung von Arzneimittelausgaben werden von einer Reihe von Einflussfaktoren bestimmt. Diese sind nach allgemeiner Ansicht das Wirtschaftswachstum ausgedrückt im BIP pro Kopf, das Haushaltseinkommen¹¹, die Altersstruktur, das Honorierungssystem für niedergelassenen Ärzte, öffentliche Regulierungs- und Steuerungssysteme und generelle wirtschaftspolitische Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die Ausprägung der heimischen Pharma-Industrie. Von den genannten Einflussfaktoren auf die Arzneimittelausgaben wirken sich die meisten in

¹¹ In der Literatur werden Wachstum und Einkommen meist gleich gesetzt. Dies soll hier bewusst nicht geschehen, da ein hohes BIP/Kopf noch nichts über die Verteilung desselben und damit über das Einkommen der einzelnen Haushalte aussagt.

*Arzneimittel-
ausgaben sind
durch viele
Faktoren
beeinflusst.*

Österreich positiv auf die Kostenentwicklung aus. Ein hohes BIP pro Kopf, relativ einkommensstarke Haushalte, eine sich verschiebende demographische Struktur und ein großes Maß an Einzelleistungsvergütungen im Bereich der niedergelassenen Ärzte tragen zu relativ hohen Arzneimittelausgaben pro Kopf bei. Lediglich der Umstand einer gering ausgeprägten heimischen Pharmawirtschaft hat eine eindämmende Wirkung auf das Medikamentenpreisniveau. Länder mit einer stark vertretenen Pharmawirtschaft haben meist ein höheres Preisniveau bei Medikamenten, da Regierungen dieser Länder die Pharmawirtschaft als Standortfaktor sehen, und daher meist weniger regulierend eingreifen (OECD 2000). Insgesamt betrug im Jahr 1999 der öffentlich finanzierte Anteil an den Arzneimittelausgaben in Österreich 72%. Die restlichen 28% wurden privat beigesteuert, wobei der Anteil der Rezeptgebühr bei ca. einem Drittel der gesamten privaten Kosten lag (Pichler/Walter 2002). Zwischen 1990 und 2000 stiegen die Arzneimittelausgaben der Sozialversicherung wie bereits in Abbildung 9 bemerkt um 130,5%.

*Mehr als ¼
der
Arzneimittel-
ausgaben
werden privat
finanziert*

*Ausgabenzu-
wächse stiegen
4x schneller
als
Verordnungen*

In fast allen EU-Mitgliedsländern steigen die Arzneimittelausgaben deutlich stärker als das BIP, aber auch kräftiger als die allgemeinen Gesundheitsausgaben an. Österreich ist dabei jenes Land, in dem die öffentlichen Arzneimittelausgaben zwischen 1990 und 1999 am stärksten gestiegen sind (ÖBIG 2001). Bezüglich der Verordnungen zu Lasten der Krankenversicherung liegt Österreich mit 12,5 Verordnungen pro Einwohner und Jahr im Spitzenfeld, die Preise pro verordneter Packung sind mit 18 Euro im europäischen Vergleich hingegen eher gering (Rosian/Vogler 2002). Um die öffentlichen Arzneimittelausgaben in Ihrer Gesamtheit zu erfassen, muss aber auch auf die Zuwächse bei den Preisen und Verordnungen Bedacht genommen werden. Demnach sind die Ausgaben der Krankenversicherungen für Arzneimittel im Zeitraum 1990 bis 1998 etwa viermal so schnell gestiegen wie die Anzahl der Verordnungen. Erklärt wird dies durch das verstärkte Aufkommen von hochpreisigen Medikamenten (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2001).

5.3.1.1.

Rahmenbedingungen im Arzneimittelsektor

*Zulassungs-
verfahren für
Arzneimittel
ist 3-stufig*

In Österreich gibt es ein mehrstufiges Zulassungsverfahren damit ein Arzneimittel auch auf Kassenkosten verschrieben werden kann. Zunächst muss das neue Arzneimittel gemäß dem Arzneimittelgesetz zugelassen werden. Seit 1.1.1998 kann eine solche Zulassung im Rahmen des dezentralen Verfahrens der EU auch in einem anderen EU-Land erfolgen. Die nach dem Arzneimittelgesetz zugelassenen Arzneimittel unterliegen einer amtlichen Preisregelung (Badelt/Österle 2001a). Damit ein Arzneimittel auch von den Krankenkassen erstattungsfähig ist, muss es zusätzlich in das Heilmittelverzeichnis des Hauptverbandes der Sozialversicherung aufgenommen werden. Der Hauptverband entscheidet autonom über diese Aufnahme und legt dafür sowohl formale als auch medizinisch-therapeutische und ökonomische Kriterien fest.

*Distributions-
und
Versorgungs-
struktur*

Im Jahr 1999 waren in Österreich 12.394 Humanarzneimittel zugelassen. 3.075 davon waren auch im Heilmittelverzeichnis enthalten (Pharmig 2001). Die restlichen Arzneimittel kamen entweder aufgrund ihres Zulassungsstatus für das Heilmittelverzeichnis nicht in Frage (Tees, homöopathische Arzneimittel, etc.) oder unterlagen der Chefarztpflicht. Nichtsdestotrotz werden in Österreich 75% der Humanarzneimittel auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers, also unter Rezeptpflicht, abgegeben. Der Vertrieb von Arzneimittel erfolgt trotz neuer Formen der Arzneimitteldistribution wie Versandhandel und Internet hauptsächlich über den pharmazeutischen Großhandel und die Apotheken. Ende 2002 gab es 2.204 Apotheken, davon 1.141 öffentliche Apotheken, 19 Filialapotheken, 993 Hausapotheken und 51 Anstaltsapotheken (Österreichische Apothekerkammer. 2003). Diese beziehen ihre Arzneimittel von über 200 am österreichischen Markt tätigen Pharmaunternehmen. 1999 wurden ca. 69,9% des Arzneimittelumsatzes durch öffentliche Apotheken und 30,1% durch Krankenhausapotheken erwirtschaftet (Pharmig 2001). Im Allgemeinen steigt die Anzahl der öffentlichen Apotheken im Vergleich zu den Hausapotheken seit 1990 stärker an (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2001).

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen legt die Handelsspannen sowohl im Arzneimittelgroßhandel als auch im Apothekensektor für alle Arzneimittel per Verordnung fest. Dabei wird an einem degressiven Schema mit verschiedenen Stufen festgehalten. So beträgt zum Beispiel im Jahr 2004 der Höchstaufschlag für im Heilmittelverzeichnis enthaltene Arzneimittel mit einem

Fabriksabgabepreis von bis zu 6,06 Euro 15,5%, während bei Fabriksabgabepreisen von 184,23 bis 339,14 Euro nur mehr 7% aufgeschlagen werden dürfen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2003c).

Österreich hat EU-weit die dritthöchste Steuerbelastung für Medikamente

Im Unterschied zu den meisten europäischen Ländern wird in Österreich auf Arzneimittel der normale Umsatzsteuersatz von 20% angewendet. Üblicherweise gibt es in den EU-Ländern einen niedrigeren Umsatzsteuersatz auf Medikamente, der je nach Ausgestaltung auch gesplittet sein kann. Österreich hat mit einem Steuersatz von 20% die dritthöchste Steuerbelastung für Medikamente in der EU (Rosian/Vogler 2002). Die Träger dieser Steuer sind hauptsächlich die verschiedenen Krankenkassen, aber auch jene PatientInnen, die nicht rezeptpflichtige Arzneimittel kaufen. Bei der Abgabe der rezeptpflichtigen Medikamente wird zudem bei PatientInnen eine Rezeptgebühr fällig. Diese entspricht für 2004 4,35 Euro pro Packung.

5.3.1.2. *Bisherige Kostendämpfungsmaßnahmen und Vorschläge zur weiteren Kostendämpfung*

Grundsätzlich kann bei den verschiedenen Kostendämpfungsmaßnahmen einerseits zwischen Preis- und Mengeneffekten und andererseits zwischen direkter und indirekter Wirkung unterschieden werden. Ein Überblick über die in der europäischen Union üblichen Steuerungsmaßnahmen und ihre Wirkungen findet sich in Tabelle 12.

Öffentliche Kosteneinsparung im Medikamenten sektor ist häufig Kostenauslagerung

Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass bei Kostensenkungsmaßnahmen Kombinationen aus preis- und mengenbezogenen Maßnahmen die nachhaltigsten Wirkungen erzielen. Gerade bei Kostendämpfungsmaßnahmen im Medikamentenbereich steht aber hinter dem Begriff oft eine Auslagerung der Kosten aus dem öffentlichen Bereich. Viele Maßnahmen konzentrieren sich weniger auf Nutzung von Einsparpotenzialen an sich, sondern auf Verlagerung der Kosten auf andere Träger, wie Ärzte, Apotheker, Pharmaindustrie und vor allem PatientInnen. So sankt der Anteil der öffentlichen Finanzierung an den Arzneimittelausgaben in den 90er Jahren kontinuierlich und befand sich 1999 auf 65% (ÖBIG 2001). Das bedeutet, dass ein Gutteil der Ausgabensteigerung für Arzneimittel privat getragen wurde.

Tabelle 12: Steuerungsmaßnahmen zur Kostendämpfung bei Arzneimittelausgaben

Steuerungsmaßnahmen	Primäre Wirkungsebene		Art der Steuerungswirkung	
	Preis	Menge	direkt	indirekt
Staatliche Preisfestsetzung	X		X	
Staatliche Preisstopps und -senkungen	X		X	
Referenzpreissystem	X			X
Arzneimittelbudgets		X		X
Positiv- und Negativlisten	X			X
Ausschluss aus Positivliste		X		X
Rezeptfreistellung von Arzneimitteln		X		X
Selbstbeteiligung		X		X
Förderung von Generika	X			X

Quelle: ÖBIG 2001

Bisherige Maßnahmen hatten eher kurzfristige Effekte

Angetrieben durch die Defizite der Krankenkassen seit Mitte der 90er Jahre wurden in Österreich einige Kostendämpfungsmaßnahmen im Arzneimittelsektor getroffen. Hauptsächlich handelte es sich dabei um Maßnahmen, die auf die Preiskomponente wirken. So wurden mehrfache Preissenkungen und -stopps bei der pharmazeutischen Industrie sowie Spannensenkungen beim Großhandel und den Apotheken durchgesetzt. Die Rezeptgebühr wurde im Jahr 1996 um 20 Prozent erhöht. Die Wirkungen der Maßnahmen blieben aber eher kurzfristig und so wurden im Rahmen des Sparpakets 2000 die Spannen für den Großhandel erneut gekürzt und für die Apotheken eine Umsatzvereinbarung getroffen, wonach die Apotheken einen Teil der Umsatzzuwächse an die Krankenkassen abführen müssen (ÖBIG 2001). Die Rezeptgebühr wurde abermals erhöht. Im Jahr 2003 wurde eine Förderung von Generika in Form einer Reduzierung der Rezeptgebühr für diese um ein Drittel beschlossen, die frühestens ab 1. April 2004 in Kraft treten wird. Kurzfristig betrachtet haben diese Maßnahmen zu einer Eindämmung der Zuwächse bei den Arzneimittelausgaben geführt. Eine nachhaltige Reduktion der Ausgaben erfordert aber umfassendere langfristige Konzepte, die auch die Mengenkomponekte stärker miteinbeziehen.

Ein in ganz Europa aktuelles Thema ist der vermehrte Einsatz von Generika. Darunter versteht man Medikamente mit Wirkstoffen, deren Patentschutz abgelaufen ist und die durch den Wegfall der Forschungs- und Entwicklungskosten nun billiger produziert werden können. Ein patentgeschütztes Medikament kostet zunächst durchschnittlich 17,9 Euro,

*Generika-
einsatz kann
Ausgaben
senken*

während sich der Preis nach Ablauf des Patentschutzes auf ca. 12,1 Euro reduziert. Generika hingegen haben einen durchschnittlichen Preis von 8,9 Euro (Martin 2001). Generika, die bei der Zulassung den gleichen Bestimmungen wie die Originalpräparate unterliegen, werden in das Heilmittelverzeichnis aufgenommen, wenn das Präparat um 30% unter dem Preis des Originalpräparats liegt (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2001). Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme (2001) geht davon aus, dass sich durch den Einsatz von Generika auch die Originalpräparate um ca. 20% verbilligen werden. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG 2001a) bestätigt diesen Effekt.

*Fallbeispiel:
Medikamente
gegen
Bluthochdruck*

Im Herbst 2000 startete die Burgenländische Ärztekammer in Zusammenarbeit mit der Burgenländischen Gebietskrankenkasse das Modellprojekt "Bessere Therapie zum besseren Preis". Dabei wurde bei primären Verordnungen oder medizinisch begründeten Umstellungen anstatt des ausgabeintensiven Bluthochdruckmittels ACE-Hemmer die Verordnung der Wirkungssubstanz Enalapril in einer generischen Ausprägung empfohlen. Der Generika Anteil im Segment Bluthochdruck stieg in der Folge im Zeitraum zwischen Herbst 2000 und Herbst 2001 von zuvor Null auf 62% der Verordnungen an. Für die Burgenländische Gebietskrankenkasse errechnete das ÖBIG Einsparungen von rund 363.000 Euro gegenüber der Vorperiode, was ungefähr 18% der Ausgaben in der Gruppe ACE-Hemmer im Burgenland entspricht. Weiters ermittelte das ÖBIG die potenziellen österreichweiten Einsparungen dieser Maßnahme in Höhe von rund 9 Mio. Euro. Dieser Wert bezieht sich lediglich auf den Einsatz von Generika im Segment der bluthochdrucksenkenden ACE-Hemmer (ÖBIG 2001). Bei einem jährlichen Aufwand von rund 248 Mio. Euro für kardiovaskuläre Wirkungssubstanzen im Jahr 2000 entspricht dies immerhin einer Einsparung von 3,6% in diesem Bereich (Möller et al 2002).

*Kurzfristige
Einsparung
zwischen 7
und 22 Mio. €;
langfristig bis
zu jährlich 31
Mio. €*

In seiner Studie "Generika" aus dem Jahr 2000 beurteilte das ÖBIG das österreichweite Einsparungspotenzial durch Generika differenziert nach der Fristigkeit. Kurzfristig könne es aufgrund des noch fehlenden Angebots in Österreich zu jährlichen Einsparungen zwischen 7,2 und 21,8 Mio. Euro kommen. Mittelfristig wird unter der Annahme einer Steigerung des Generikaanteils auf 17% ein Potenzial von jährlich 31 Mio. Euro konstatiert. Dies würde eine 2,4 prozentige Reduktion der Ausgaben der Sozialversicherung für Medikamente darstellen (ÖBIG 2000). Kritisiert wird in Österreich vor allem der

niedrige Anteil an Generika und die relativ hohen Preise derselben. Derzeit machen Generika ca. 10% der verschriebenen Medikamente aus. Im diesbezüglichen Musterland Deutschland liegt dieser Anteil bei bereits knapp 50% (Österreichische Apothekerzeitung 2003).

Die Erhöhung des Generikaanteils in Österreich stellt auch die Grundlage für eine weitere Einsparungsmaßnahme dar: das Referenzpreissystem. Dabei werden Gruppen von Arzneimitteln zusammengefasst und ein Referenzpreis erstellt. Jener Teil des Preises der teureren Medikamente, der über dem Referenzpreis liegt, bezahlen PatientInnen privat. Für eine solche Maßnahme ist es in Österreich angesichts des niedrigen Generikaanteils noch zu früh. Langfristig sollte diese Option aber im Auge behalten werden.

*Veränderung
der
Großhandels-
und
Apotheker-
spannen u.
Generika-
einsatz
bringen 100
Mio. €*

Im Rahmen der direkten Maßnahmen ergibt sich ein weiteres Potenzial in den durch Verordnung bestimmten Großhandels- und Apothekerspannen. Zwar wurden diese in letzter Zeit bei diversen Kostendämpfungsprogrammen einbezogen, trotzdem ist vor allem das Niveau der Apothekerspannen in Österreich mit 28,9% im europäischen Vergleich immer noch sehr hoch (ÖBIG 2001). Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen beziffert das Einsparungspotenzial durch verstärkten Einsatz von Generika in Verbindung mit einer weiteren Senkung der Großhandels- und Apothekerspannen mit rund 100 Mio. Euro (Rechnungshof 2003).

Negativliste

Weiters könnte der Ausbau der in Österreich eher wenige Medikamente umfassenden Negativliste unter Berücksichtigung versorgungspolitischer Aspekte forciert werden. Insbesondere beim Aufkommen neuer preisintensiver Medikamente, deren bessere Effektivität nicht immer belegt ist, gilt es, mit einer Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis behutsam umzugehen. Dies kann zum Beispiel in Form von therapeutisch-ökonomischen Nutzenstudien erfolgen. Nicht gerechtfertigte preisintensive Medikamente wären dann von einer öffentlichen Erstattung ausgeschlossen, ohne jedoch die medizinische Versorgung zu gefährden.

Ein weiteres Einsparpotenzial stellt die 20 prozentige Umsatzsteuer auf Medikamente dar. Volkswirtschaftlich gesehen sprechen zweierlei Gründe gegen die Praxis der Einhebung einer Umsatzsteuer auf Arzneimittel. Erstens stellen Medikamente spezifische Güter dar, die für die Heilung von Krankheiten zur

*Abschaffung/
Senkung der
USt. bringt
Gesamter-
sparnis von
341 Mio €*

Verfügung stehen. Durch diesen spezifischen Charakter ist ein reduzierter oder gesplitteter Steuersatz auf Medikamente durchaus gerechtfertigt. Zweitens stellt die Abführung der Umsatzsteuer durch die Sozialversicherung an das Finanzministerium einen quasi-innerstaatlichen Transfer dar, der durch effizienzpolitische Überlegungen nicht haltbar erscheint. Unter der Annahme einer Zurechnung der Krankenkassen zum öffentlichen Sektor, würden durch einen Verzicht auf die Umsatzsteuer für rezeptpflichtige Medikamente dem Staat in seiner Gesamtheit keine Einnahmen entgehen.

Die Auswirkungen einer Abschaffung der Umsatzsteuer für rezeptpflichtige Medikamente und die Reduzierung des Umsatzsteuersatzes auf 10% für alle sonstigen Medikamente sind auf Basis des Jahres 2000 in Tabelle 13 dargestellt:

Tabelle 13: Abschaffung/Reduzierung der USt auf Medikamente in Mio. Euro

Bruttoumsatz der Apotheken durch Arzneimittel	Bruttoumsatzsteuer	Davon Sozialversicherungsträger (rezeptpflichtig)	Davon Private
1.993	389,8	292,4	97,4
	Ersparnis	durch Abschaffung der Ust-pflicht	durch Steuersatzreduktion
		292,4	48,7
	Summe Ersparnis:	341,1	

Quelle: Statistik Austria, Pharmig, eigene Berechnungen

Die Berechnungen für diese Maßnahmen ergaben eine Umsatzsteuerpflichtpflicht und somit ein Ersparnispotenzial der Sozialversicherungsträger in Höhe von 292,4 Mio. Euro. Der zweite Ansatzpunkt einer Reduktion der Umsatzsteuerlast auf nicht rezeptpflichtige Medikamente führt den Berechnungen zufolge zu einer Entlastung von 48,7 Mio. Euro an privaten Kosten der Betroffenen. Insgesamt bestünde dadurch ein Gesamtersparungspotenzial von 341,1 Mio. Euro. Diese Zahl schließt lediglich steuerliche Effekte ein, wohingegen die erleichterte Administrierbarkeit mangels der Möglichkeit einer genauen Quantifizierung außer Acht gelassen wurde. Die Pharmig kommt mit 450 Mio. Euro zu einem wesentlich höheren Einsparungspotenzial, was die moderate Berechnung der vorliegenden Arbeit unterstreicht.

*Überdenken
des Gebiets-
schutzes*

Weiteres Einsparungspotenzial birgt die Neuregelung des Gebietsschutzes für Apotheken, die derzeit ein Mindestversorgungspotenzial von 5.500 Personen festlegt. Aufgrund dieser Restriktionen fanden in Österreich in den letzten 10 Jahren lediglich 164 Neueröffnungen von Apotheken statt (Österreichische Apothekerkammer 2003). Eine Lockerung dieser Regelung könnte durchaus zu einer Reduktion der Apothekerspannen und Privatverkaufszuschläge führen, allerdings ist bei der Einführung von Wettbewerbselementen auf die Ausgestaltung der Wettbewerbsregelung und auf die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung zu achten.

*„aut-idem
Regel“*

Als eine moderatere Maßnahme im Bereich der Apotheken könnte schließlich die Einführung der sogenannten "aut-idem-Regel" diskutiert werden. Danach dürfen Apotheken PatientInnen auch billigere als die von ÄrztInnen beschriebene Arzneimittel aushändigen, sofern sie denselben Wirkstoff beinhaltet. Die mit dieser Maßnahme eingesparten Medikamentenkosten belaufen sich auf geschätzte 15 bis 22 Mio. Euro (Österreichische Apothekerzeitung 2001).

*Selbstbehalte
sind keine
Einsparung*

Ein oft verwendetes Mittel zur Senkung von Arzneimittelausgaben ist die Einführung bzw. Erhöhung von Selbstbehalten. Primär gibt es dabei aber weniger einen Lenkungseffekt als einen budgetären Effekt. Die Nachfrage nach Medikamenten ist relativ preisunelastisch, weshalb es für die Sozialversicherungen zu erfreulichen Einnahmen kommt. Österreich ist durch die mehrmalige Erhöhung der Rezeptgebühr auf nunmehr 4,35 Euro im Bereich der privaten Zuzahlung im europäischen Spitzenfeld angesiedelt (ÖBIG 2001). Damit ein Selbstbehalt im Gesundheitswesen auch einen Lenkungseffekt aufweist, muss dieser relativ hoch sein. Der regressive Effekt, der damit aber einhergeht, ist empirisch bewiesen und benachteiligt vor allem kranke und sozial schwache Menschen (ÖBIG 2002a). Von einer generellen weiteren Erhöhung von Selbstbehalten ist daher abzuraten. Zudem stellt eine solche Maßnahme lediglich eine Umverteilung der Kosten vom öffentlichen zum privaten Sektor und keine tatsächliche Einsparung dar. Eine Möglichkeit regulativ in die Rezeptgebühr einzugreifen wäre eine Staffelung nach Packungsgrößen oder eine weitere Senkung der Gebühr für generische Präparate.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Senkung der Medikamentenkosten ist schließlich eine verstärkte Einflussnahme auf das Verordnungsverhalten der ÄrztInnen. Den

*Am
Verordnungs-
verhalten der
Ärzte ansetzen* ÄrztInnen kommt damit eine zentrale Rolle zu, Arzneimittelkosten bei gleich bleibender medizinischer Versorgung zu senken und die angebotsinduzierte Nachfrage zu reduzieren. Unter Bedachtnahme auf das Argument die Medizin nicht zu ökonomisieren müssen hierbei auch Maßnahmen zur Qualitätskontrolle diskutiert werden.

5.3.2. Schnittstellenmanagement

*Schnittstellen
behindern
integrierte
Versorgung* Eine häufig genannte Optimierungsmöglichkeit ist das verbesserte Schnittstellenmanagement zwischen stationärem, ambulantem und niedergelassenem bzw. extramuralem Bereich. Schnittstellenprobleme können in zwei Formen auftreten. Zum einen kann Diagnostik und Therapie zwar auf der richtigen Versorgungsebene stattfinden, jedoch der Wechsel mit zeitlicher Verzögerung erfolgen (z.B. bei Notfällen) bzw. der Wechsel kann unkoordiniert verlaufen (z. B. durch Informationsdefizite). Zum anderen kann die ‚falsche‘ Versorgungsebene in Anspruch genommen werden, d.h. die Versorgungsebene ist ungeeignet, weil die Leistung nicht qualitativ gleichwertig oder zwar qualitativ gleichwertig, aber nicht kostengünstig erbracht wird (Flemmich und Ivansitz 2000, 392). Die Ursache für die Schnittstellenproblematik liegt unter anderem in den fragmentierten Finanzierungsstrukturen und in den Anreizwirkungen bestimmter Vergütungsmethoden. Die existierenden unterschiedlichen Kostenträger und Vergütungsformen behindern hierbei die Koordination der Versorgung. Insgesamt verunmöglicht die Schnittstellenproblematik eine patientInnenorientierte Versorgung, d.h. eine Versorgung, die ‚um die Personen herum‘ nach deren Bedarf organisiert wird. Menschen mit chronischen Erkrankungen (z.B. psychische Erkrankung), die unterschiedliche Leistungen benötigen (z.B. Wohnmöglichkeit, ärztliche Versorgung, Krankenhaus, Arbeitsassistenz etc.) sind davon besonders betroffen.

Modellprojekte zum verbesserten Schnittstellenmanagement finden statt, Einsparungspotenzial ist kaum quantifizierbar

Der Rechnungshof konstatiert ein ungenütztes Effizienzpotenzial durch Schnittstellenprobleme von 15-20% (Straka 2003). Offen bleibt dabei, welche Maßnahmen damit verbunden sind, welche Ausgaben konkret gesenkt werden und welche Auswirkungen damit für betroffene Personen (PatientInnen, Personal etc.) einhergehen. Neben ökonomischen Effekten bietet das Schnittstellenmanagement auch Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung und zur Erhöhung der PatientInnenzufriedenheit (Rechnungshof 2001). Zu verbessertem Schnittstellenmanagement finden derzeit mehrere Modellprojekte statt, wie etwa das Vorarlberger Modell ‚Finanzierung aus einer Hand‘, das Wiener Modellprojekt ‚PIK‘ (patientenorientierte, integrierte Krankenbetreuung) (vgl. www.univie.ac.at/pik), oder das Projekt ‚Medtogether‘ (www.medonline.at/medtogether) mit zahlreichen Teilprojekten in Österreich. Zu etwaigen Einsparungen oder Qualitätsverbesserungen existieren noch keine konkreten Evaluierungsergebnisse.

5.3.3. Optimierung im Krankenhausbereich

Einsparung im Krankenhaus durch benchmarking?

Ebner/Hohenauer/Köck (2002) gehen davon aus, dass mit der Ausschöpfung vorhandener Optimierungspotenziale im österreichischen Krankenanstaltenbereich Einsparungen von 1,990 Mrd. Euro möglich wären. Davon entfallen auf den Fondskrankenanstalten-Akutbereich 1,685 Mrd. Euro durch Kostenanpassungen (1,028 Mrd. Euro) und Anpassung der Krankenhaushäufigkeit (657,5 Mio. Euro) und auf den nichtakuten stationären Bereich 306 Mio. Euro. Die Autoren rechnen in weiterer Folge mit einer Senkung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP von derzeit 10,9% (Pichler und Walter 2002) auf 8,8%. Für das Bundesland Wien errechneten Köck/Ebner & Partner (2002) ein Ausgabenreduktionspotenzial im Krankenanstaltenbereich von 233 Mio. Euro. Die Berechnungen stützen sich zum einen auf vorhandene Kosten-Effizienzunterschiede zwischen einzelnen Krankenhäusern, die auf Auslastungsunterschiede und Verweildauerunterschiede zurückzuführen sind. Die Einsparungen ergeben sich durch eine Kostenreduktion in den vergleichsweise teuren Krankenanstalten auf ein ermitteltes Durchschnittsniveau nach einem Benchmarking-System. Zudem reduzieren die Autoren die Krankenhaushäufigkeit rechnerisch um 20% für Gesamtösterreich.

Hierzu ist anzumerken, dass bei den Berechnungen zahlreiche Faktoren unberücksichtigt blieben. Abgesehen von nicht ausgeschöpften

*Fokus auf
betriebswirt-
schaftliche
Effizienz greift
zu kurz*

Optimierungspotenzialen in Krankenanstalten können vorhandene Kostenunterschiede auch durch unterschiedliche Ausgangssituationen bedingt sein, wie regionale epidemiologische Unterschiede oder differierende PatientInnenprofile. Die vorgestellte Kalkulation zielt primär auf eine betriebswirtschaftliche Optimierung der einzelnen Leistungsanbieter ab. Offen bleibt die Frage, ob das Ziel des österreichischen Krankenanstaltenwesens vorrangig die betriebswirtschaftliche Effizienz der Anbieter oder die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ist, die allen Menschen einen möglichst gleichen Zugang zu Leistungen garantiert. Im letzteren Fall wird es immer Anbieter geben, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht Ineffizienzen aufweisen.

*Bei Struktur-
veränderungen
Fixkosten
berück-
sichtigen!*

Zudem ist davon auszugehen, dass es sich bei den angeführten Beträgen um Bruttobeträge handelt. Es ist wahrscheinlich, dass die Nettokostenreduktion deutlich geringer ausfällt, weil vorhandene Fixkosten nicht unmittelbar reduziert werden können. Dieses Phänomen der sprungfixen Kosten bedeutet, dass die Kosten auf einem fixen Niveau verharren, solange sich die Leistung in einem bestimmten Intervall bewegt. Insbesondere sei hier auf Personalkosten hingewiesen. Köck, Ebner & Partner (2003) erwähnen etwa, dass die Kostenreduktion auch Auswirkungen auf den Personalbereich in der Form von Überstundenabbau und Abbau von Mitarbeitern hätte. Derartige Auswirkungen auf die Beschäftigten sind eingehender zu diskutieren.

*Wen betrifft
die
Maßnahme?*

Des Weiteren wurde in der Studie nicht darauf eingegangen, welche Kosten (öffentliche, private) in welchem Ausmaß reduziert werden und welche Personengruppen davon wie betroffen sind. Da die Einsparungen ausschließlich den stationären Sektor betreffen, ist davon auszugehen, dass primär öffentliche Mittel eingespart werden. Wie eingangs erwähnt, bedeutet die Reduktion öffentlicher Mittel nicht notwendigerweise eine Einsparung im gesamtwirtschaftlichen Sinne. Möglicherweise wird ein Teil der Kosten durch private Kosten (z.B. durch verstärkte Verantwortung von Angehörigen) ersetzt. Es gilt, transparent zu machen, wer von Einsparungsmaßnahmen in welcher Form betroffen ist. Insbesondere ist darauf zu achten, ob es zu unterschiedlichen Effekten bei PatientInnen und/oder deren Angehörigen kommt. So können Personen mit bestimmten Krankheiten besonders betroffen sein bzw. chronisch kranke Personen können anders betroffen sein als akut erkrankte Menschen. Am Beispiel der psychiatrischen Versorgung zeigt sich, dass eine Verringerung der

stationären Behandlung zwar wünschenswert ist, dass aber mangels adäquater alternativer Versorgung eine verkürzte Krankenhausbehandlung auch mit erhöhter finanzieller Prekarität für Betroffene und deren Angehörige einhergehen kann (Zechmeister/Österle 2004).

5.3.4. Umwidmung/Schließung von Akutbetten

*Trotz
Abnahme der
Bettenszahl
hohe
Bettendichte in
Österreich*

Als weiteres Optimierungspotenzial nennen ExpertInnen den Abbau bzw. die Umwidmung von Krankenhausbetten. Laut Kostenrechnungsergebnisse der Krankenanstalten existierten im Jahr 2002 insgesamt 70.376 Spitalsbetten in Österreich. Die absolute Zahl der Spitalsbetten ist seit 1990 rückläufig (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2003a). Köck, Ebner & Partner (2002) beziffern den Rückgang der Fondsbetten im Zeitraum von 1990 bis 2000 mit 11,3%. Auf die Anzahl der Betten pro 1.000 Einwohner umgerechnet, liegt Österreich mit 6,2 Betten bei den Akutbetten im OECD-Vergleich dennoch im Spitzenfeld (vgl. Tab.14). Das europäische Durchschnittsniveau beträgt im Vergleich dazu 4,6 Betten je 1000 Einwohner (Rechnungshof 2002)¹². Zudem weist Österreich – trotz rückläufiger Verweildauer, eine vergleichsweise hohe Aufnahmehäufigkeit auf (Köck, Ebner & Partner 2002). Eine häufig gestellte Forderung ist daher die Schließung bzw. Umwidmung von Akutbetten, insbesondere deshalb, weil Akutbetten in der Regel eine höhere Kostenintensivität als Pflege- oder Geriatriebetten aufweisen.

¹² ähnlich wie bei den Gesundheitsausgaben ist auch hier die internationale Vergleichbarkeit aufgrund von Definitionsunterschieden prinzipiell eingeschränkt.

Tabelle 14: Akutbetten und Verweildauer in ausgewählten OECD Ländern 2001/2000

	Akutbetten pro 1.000 Einwohner	Durchschnittliche Verweildauer in Akutbetten in Tagen
Australia	3,8	6,1
Austria	6,2	6,3
Canada	3,2	7,2
Czech Republic	6,5	8,5
Denmark		3,8
Finland	2,4	4,4
France	4,2	
Germany	6,3	9,3
Hungary	6	7
Ireland	3	6,4
Italy	4,3	7
Korea	5,2	11
Luxembourg	6,6	9
Mexico	1	3,5
Netherlands	3,3	8,6
Norway	3,1	5,8
Poland	5	
Slovak Republic	5,6	8,3
Sweden		5
Switzerland	3,9	9,2
Turkey	2,1	5,4
United Kingdom	3,9	7
United States	2,9	5,8

Quelle: OECD Health Data 2003

Umwidmung von Akut- in Geriatrie/ Palliativbetten ist geplant

Die Bettenplanung für die Fondskrankenanstalten erfolgt in Österreich über den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP), der in Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern erstellt wird. Der Plan gilt für ca. 70% aller Spitalsbetten in Österreich (European Observatory on Health Care Systems 2001). Die letzten beiden ÖKAP/GGP setzten einen deutlichen Impuls für einen Ausbau der Geriatrie- und Palliativbetten, der in erster Linie über eine Umwidmung passieren soll. Sollten nach ÖKAP/GGP 1999 noch 2.000 Akutgeriatriebetten geschaffen werden, so wird im ÖKAP/GGP 2001 von einem derzeitigen Bedarf von 3.000 solcher Betten ausgegangen. Ziel ist die Realisierung von 2.300 Akutgeriatriebetten an etwa 60 Standorten bis zum Jahr 2005 (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2000). Als Grund für die Umwidmung nennt der ÖKAP nicht in erster Linie das Kosten-, sondern das Versorgungsargument.

Unter Kostengesichtspunkten betrachtet, sind zum Thema Bettenumwidmung bzw. Schließung mehrere Aspekte anzuführen: Ausgehend von den Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2003b) kostet der durchschnittliche Belagstag in österreichischen Spitälern 413 Euro. Bei

Jährliche Bruttoeinsparung von 128 Mio. Euro

durchschnittlichen Kosten pro Geriatriebett von 260 Euro pro Belagstag ergibt sich bei der vom ÖKAP/GGP vorgeschlagen Umwidmung von 2.300 Betten ein jährlicher Einsparungsbetrag von 128,4 Mio. Euro. In diesem Fall handelt es sich um eine Umstrukturierung innerhalb des stationären Bereichs. Ein Abbau von Akutbetten kann aber auch mit einer breiter angelegten Neustrukturierung verbunden werden, wie z.B. einer Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes in andere Versorgungsbereiche (ambulant, extramural etc.). Der Rechnungshof spricht etwa von einer ‚Manövriermasse‘ monetärer Ressourcen von 2,9 Mrd. Euro durch Angleichung der Bettenzahl an den europäischen Durchschnitt, die für die Versorgung im ambulanten und niedergelassenen Bereich verwendet werden könnten (Rechnungshof 2002). Korrekterweise handelt es sich dabei aber nicht um eine Einsparung, sondern um einen Ressourcentransfer. Genauere Angaben zu diesem Betrag liegen nicht vor.

Eingesparte Ressourcen können anderswo eingesetzt werden

Fallbeispiel: Einsparungsmöglichkeit durch Reduktion der Fehlbelegung in Niederösterreich

Amann et al. (1994) versuchten in einer Studie Einsparungspotenziale durch Fehlbelegungen¹³ für Niederösterreich zu quantifizieren. Dazu wurden in den internen Abteilungen einiger niederösterreichischer Spitäler Stichtagserhebungen durchgeführt. Die Studie verwendet zwar eine relativ niedrige Stichprobe, sie zeigt aber dennoch das Potenzial für Umwidmungen bzw. Schließungen von Akutbetten. So beurteilten die ÄrztInnen den Anteil der Fehlbelegung mit durchschnittlich 14,12%, das Krankenpflegepersonal mit 18,64%. Ausgehend von durchschnittlichen Kosten pro PatientIn und Monat in Krankenanstalten von 5.405 Euro, im stationären Altenbetreuungssektor von 1.354 und im ambulanten Altenbetreuungssektor von 426 Euro, kommen die AutorInnen zum Ergebnis, dass durch eine Verlagerung aller Fehlbelegungen Niederösterreichs in den stationären Altenbetreuungssektor 22,2 Mio. Euro eingespart werden können. Eine Versorgung aller Fehlbelegungen im ambulanten Altenbetreuungssektor würde zu Einsparungen in Höhe von 27,6 Mio. Euro führen. Wahrscheinlicher sei allerdings eine Versorgung der Fehlbelegungen in beiden Alternativsektoren.

Ähnlich wie in Kapitel 5.3.3. angeführt, sind auch hier mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Zunächst sind sprungfixe Kosten zu beachten. Danach ist es kostentechnisch nicht sinnvoll, Betten nach einem fixen Schlüssel umzuwidmen. Aus diesem Grund legt der ÖKAP/GGP eine definierte Mindestanzahl von Betten pro Abteilung fest. Die Existenz dieser kritischen Größe, nach der man jeweils

¹³ PatientInnen, die ohne gesundheitliche Probleme ein Spitalsbett belegen; PatientInnen, die nach einer Behandlung zu lange im Spital bleiben; PatientInnen, die ohne weiteres ambulant behandelt werden könnten

eine ganze Station schließen müsste, um signifikante Effekte zu erzielen, wird auch von der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (2002) beschrieben. Die genannten Zahlen stellen daher nicht notwendigerweise Nettobeträge dar. Eine Studie aus Großbritannien zur Schließung psychiatrischer Betten ergab etwa für jedes abgebaute Bett rund 80% an Einsparungen der Jahreskosten pro Bett. (Knapp und Beecham 1990; Knapp et al. 1990)

Von einer echten Einsparung kann nur dann gesprochen werden, wenn sowohl stationär als auch ambulant anfallende Kostenarten berücksichtigt werden und die Nettokosten bei einer Alternativversorgung geringer sind. Häufig werden nur die direkten Kosten oder die öffentlichen Kosten verglichen. Indirekte und/oder private Kosten, wie etwa durch anfallenden informellen Betreuungsbedarf, bleiben oft unerwähnt. Auch wenn anstelle von Fehlbelegung natürlich die ambulante Versorgung zu bevorzugen ist, können anfallende indirekte Kosten den Kostenunterschied sogar aufheben.

Neben den genannten Beispielen für ausgabenseitige Maßnahmen existieren noch eine Reihe weiterer Ansätze, die hier nicht eingehender diskutiert werden können. So errechnete der Rechnungshof ein Einsparungspotenzial von 4,4 Mio. Euro durch verstärkten IT-Einsatz im Bereich der Vertragspartnerabrechnung. Ein Einsparungspotenzial wird auch in der Reduktion der hohen Gerätedichte in Österreich vermutet. Beispielsweise wird Österreich bei der Anzahl der Magnetresonanztomographen (MRT) von 8,4 Einheiten pro 1 Mio. Einwohner nur von Finnland (8,7 Einheiten) übertroffen. Eine ähnliche Versorgungsdichte zeigt die Anzahl der Computertomographen (CT), wo Österreich mit 25,7 Einheiten/1 Mio. Einwohner EU-weit an der Spitze liegt, während etwa eine vergleichsweise geringe Verfügbarkeit von Strahlentherapie oder Hämodialyse gegeben ist (Hofmarcher/Riedel 2001b).

*Weitere
Maßnahmen
existieren, z.B.
Gerätedichte
reduzieren*

Die angeführten Maßnahmen stellen beispielhaft einige Ansätze dar. Wesentlich ist, ausgabenseitige Maßnahmen nicht isoliert durchzuführen, sondern in ein übergeordnetes Gesamtkonzept einzubetten. Bevor daher derartige Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden, sind breiter angelegte Reformdiskussionen und Umstrukturierungskonzepte notwendig. Zusätzlich bedarf es umfassender Strategien der Qualitätsentwicklung, Partizipation und Kooperation auf allen Ebenen und Sektoren des Gesundheitssystems (Noack 2003). Evidence based medicine (EBM), die zur Bewertung der klinischen Effektivität einzelner

*Einzelmaßnahmen in
Gesamt-
Reformkonzept
integrieren*

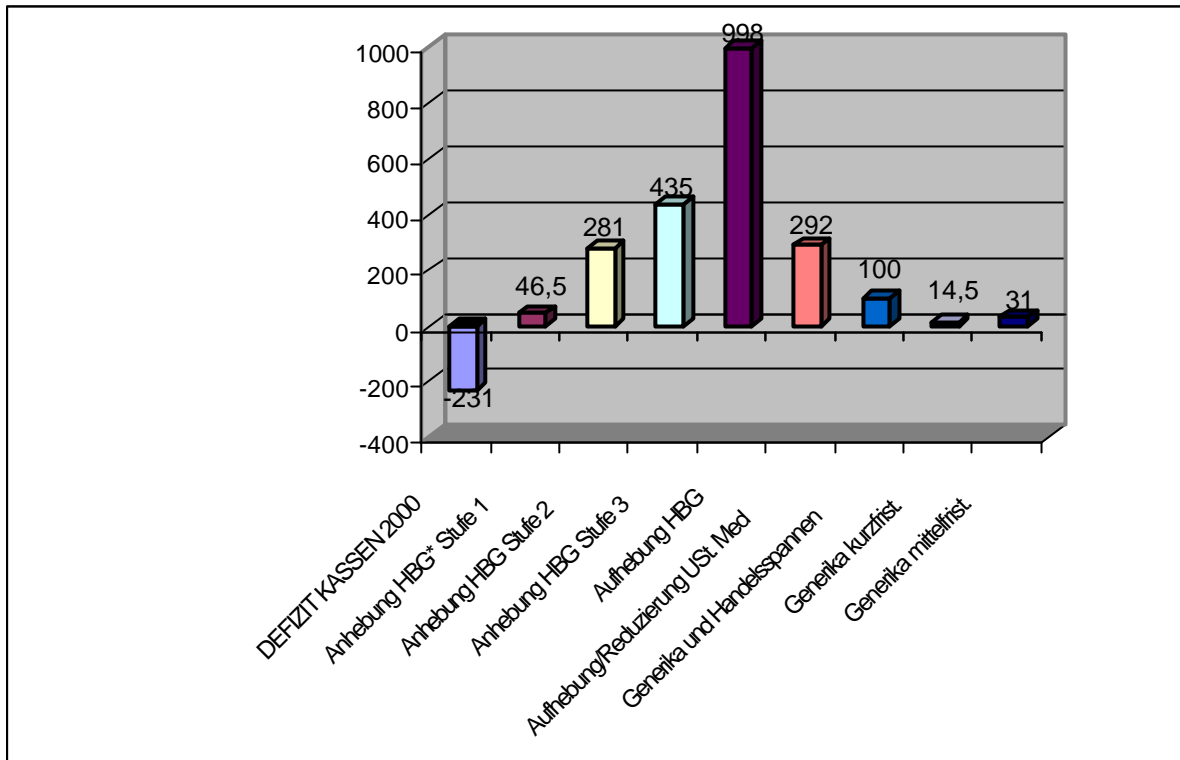
Maßnahmen eingesetzt werden kann oder Formen des Health Technology Assessments (HTA), mit denen darüber hinaus ökonomische und sozialorganisatorische Bewertungen von Interventionen oder Evaluationen zum Versorgungsbedarf vorgenommen werden, können diesen Veränderungsprozess unterstützen. Vorschläge des Rechnungshofes gehen bei der Entwicklung eines Gesamtkonzepts in Richtung einer zentralisierten Lösung, bei der es darum geht, die stationäre Krankenhausversorgung überregional zu strukturieren, ein ganzheitliches Gesundheitswesen zu entwickeln, sowie die Stellung der Sozialversicherung in den beschlussfassenden Fondsorganen zu stärken. Eine andere Form eines Gesamtkonzeptes ist die Schaffung von ‚Gesundheitsagenturen‘ (Fried 2004). Der Zeitrahmen zur Erstellung der vorliegenden Studie erlaubt es nicht, derartige Reformvorschläge eingehender zu analysieren bzw. ein eigenes Gesamtkonzept für eine Reform zu entwickeln.

5.4. Zusammenschau einnahmen- und ausgabenseitiger Maßnahmen

*Kassendefizit
kann
aufgehoben
werden,
Überschuss ist
möglich*

Abbildung 16 stellt das Kassendefizit vom Jahr 2000 ausgewählten, in Kapitel 5.2 und 5.3 quantifizierten Mehreinnahmen bzw. Einsparungspotenzialen gegenüber. Ein Ausgleich des Kassendefizits könnte etwa einnahmenseitig durch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf Stufe 2 oder ausgabenseitig durch eine Senkung bzw. Aufhebung der USt. Auf Medikamente erreicht werden. Eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage hätte einen Kassenüberschuss von etwa 770 Mio. Euro zur Folge. Ein Ausgleich des Defizits könnte aber auch mit einer Kombination mehrerer Maßnahmen erreicht werden, etwa mit einer Ausgabenreduzierung durch verstärkten Einsatz von Generika bei gleichzeitigem Absenken der Handelsspannen und durch eine Reduktion der Umsatzsteuer auf Medikamente.

Abbildung 16: Gegenüberstellung von Kassendefizit und geschätzten monetären Effekten einnahmen- bzw. ausgabenseitiger Maßnahmen in Mio. Euro



* Höchstbeitragsgrundlage

Quellen: Statistik Austria 2002, Lohnsteuerstatistik, ÖBIG 2000, Rechnungshof 2003, eigene Berechnungen

Mehreinnahmen nicht nur zum Budgetausgleich verwenden, sondern Ressourcenverteilung hinterfragen

Das Ziel einnahmen- oder ausgabenseitiger Finanzierungsmaßnahmen sollte jedoch nicht ausschließlich die Defizitabdeckung der Kassen sein. Vielmehr gilt es, Finanzierungsmaßnahmen in eine gesundheitspolitische Diskussion zu Aufgaben und Rolle der Gesundheitspolitik einzubetten wie etwa eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob Gesundheitspolitik primär die medizinische Versorgung betrifft oder darüber hinausgeht. Verteilungspolitisch geht es nicht nur um die Frage, welche NutzerInnen in welcher Form von einer Maßnahme direkt betroffen sind, sondern es gilt auch, transparent zu machen in welche Bereiche des Gesundheitswesens wie viele Ressourcen fließen und welche Akteure auf der Anbieterseite davon profitieren. Es erscheint vor allem notwendig, existierende ausgabenseitige Prioritätensetzung zu hinterfragen, bisherige Fehlversorgung zu berücksichtigen und Alternativen zu diskutieren. Nachfolgend werden beispielhaft einige solcher Veränderungen angeführt.

5.5. Veränderte ausgabenseitige Prioritätensetzung

5.5.1. Finanzierung von Psychotherapie

5.5.1.1. Prävalenz psychischer Erkrankungen

Zuverlässige Daten über die Prävalenz psychischer Krankheiten sind für Österreich nicht verfügbar, da keine entsprechenden epidemiologischen Studien existieren (Riedel/Hofmarcher 2003). In der aktuellen Studie *Bedarf und Angebot an Psychotherapie* des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG 2002b) sind die Ergebnisse in Deutschland durchgeführter, epidemiologischer Studien der letzten 20 Jahre zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen zusammengefasst, dabei zeigt sich folgende Streuung der wahren Prävalenz psychischer Störungen:

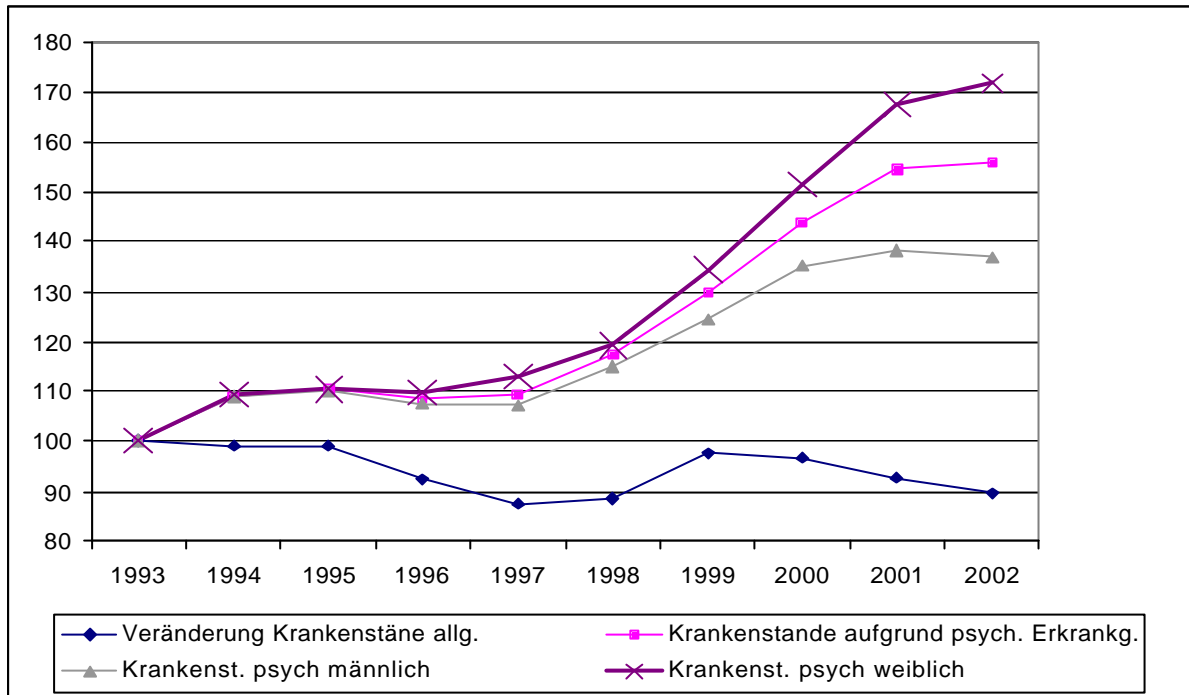
- zwischen 16% und 18% bei Kindern und Jugendlichen
- zwischen 14% und 18% bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- zwischen 11% und 26% bei Erwachsenen
- rund 24% bei betagten Menschen

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen Depressionen und Angststörungen.

*Prognostizierter
Kostenanstieg
durch
psychische
Erkrankungen*

Die WHO rechnet bis zum Jahr 2020 mit einem enormen Zuwachs an Kosten aufgrund psychischer Erkrankung, der vor allem durch eine Steigerung der Behandlungskosten aber auch durch erhöhte Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bedingt sein wird (WHO 2001). Abb. 17 zeigt, dass auch in Österreich die registrierten Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankung in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen haben.

Abbildung 17: Veränderung der Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankung zwischen 1993 und 2002 (1993=100%)



Quellen: Hauptverband der Sozialversicherung, eigene Berechnungen

Eine aktuelle Studie mit Daten der oberösterreichischen GKK, die sich mit den Verschreibungen von Antidepressiva beschäftigt, verdeutlicht ebenso, dass eine verstärkte Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen erforderlich ist. Wenngleich eine Verallgemeinerung nicht möglich ist, zeigt die Untersuchung einige Trends auf.

- Etwa sieben Prozent (88.108 Personen) der oberösterreichischen GKK-Versicherten bezogen in den Jahren 2000 oder 2001 mindestens eine Packung eines Antidepressivums. 5,3% aller BezieherInnen von Antidepressiva wurden innerhalb dieser zwei Jahre mit der Entlassungsdiagnose Depression stationär aufgenommen.
- Die Verordnungsmenge von Antidepressiva erhöhte sich im Verlauf der Jahre 1997 bis 2001 um 54,2%, durchschnittlich also um mehr als 10% pro Jahr. Dies führte zu einer erheblichen Kostensteigerung, die noch zusätzlich durch die vermehrte Verschreibung einer jüngeren und teureren Generation von Antidepressiva verstärkt wurde (Glaeske 2003).
- Frauen erhalten häufiger Antidepressiva. Von allen Versicherten, die im Beobachtungszeitraum zumindest einmal ein Antidepressivum bezogen haben, waren 70% Frauen, obwohl Frauen nur 52% der Versicherten ausmachen (Riedel/Hofmarcher 2003).

Ausgabensteigerung bei Antidepressiva

- Der Anteil von Versicherten, die Antidepressiva beziehen steigt mit dem Alter. Ausnahmen stellen die Altersgruppe 61-70 Jahre und über 90jährige Frauen dar (Riedel/Hofmarcher 2003).

Es besteht psychotherapeutischer Versorgungsbedarf

Es steht außer Zweifel, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen – auch in finanzieller Hinsicht – stark im Steigen begriffen ist. Gleichzeitig ist die psychiatrische Versorgung in Österreich trotz mehrjähriger Reformdebatten nach wie vor mangelhaft (z.B. Landesregierung Oberösterreich 2002; ÖBIG 2002b). Die psychotherapeutische Versorgung nimmt hierbei einen wichtigen Stellenwert ein. Die große Streuung der Prävalenz psychischer Erkrankungen (v.a. bei den Erwachsenen) verdeutlicht jedoch, dass die Bestimmung des Bedarfs an Psychotherapie auf Basis dieser Daten nur Schätzungen sein können. Als weiterer Unsicherheitsfaktor kommt hinzu, dass neben der Behandlungswürdigkeit mit Psychotherapie auch die Bereitschaft und Motivation der PatientInnen zur Psychotherapie gegeben sein muss.

5.5.1.2. *Aktuelle Finanzierungssituation der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich*

Im Gegensatz zu medizinischen Leistungen werden psychotherapeutische Leistungen primär aus privaten Mitteln finanziert. Hinsichtlich öffentlicher Finanzierung gibt es neben der in ganz Österreich gültigen Zuschussregelung (21,80 Euro pro Therapiestunde) auf Länderebene unterschiedlich ausgestaltete Modelle zur öffentlichen Finanzierung einer Therapie (ÖBVP 2003):

Öffentliche Finanzierung von Psychotherapie ist uneinheitlich und intransparent

In Wien stellt die WGKK den Vereinen WGPV (Wiener Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung) und VAP (Verein für ambulante Versorgung) ein Stundenkontingent für die psychotherapeutische Versorgung nach dem Sachleistungsprinzip zur Verfügung. Im Jahr 2003 stellte die WGKK 100.000 Stunden zur Verfügung. Die beiden Vereine übernehmen die Verteilung der Stunden an die PsychotherapeutInnen, die den Vereinen angehören. Jede/r PsychotherapeutIn erhält zwei bis fünf Wochenstunden. Die PsychotherapeutInnen entscheiden dann, welche PatientInnen diese Stunden bekommen. Etwa ein Drittel der Wiener PsychotherapeutInnen gehört einem der beiden Vereine an. Die Finanzierung in Oberösterreich (10.000 Stunden für 2001) und Niederösterreich (Stundenkontingent 70.000) ist ähnlich wie in Wien über Versorgungsvereine geregelt.

Im Burgenland wird die Verteilung der Stunden vom Institut Psychotherapie ländlicher Raum (Rechtsform GmbH) übernommen, das vom Landesverband für Psychotherapie gegründet wurde. Die GmbH ist vertraglich jeweils ein Jahr an die BGKK gebunden (Stundenkontingent 12.000). Das Institut ist verantwortlich für Administration und Qualitätskontrolle, Verteilung der PatientInnen und Wartelistenführung. Es gibt keine freie TherapeutInnenwahl.

In Tirol stellt die TGKK einen Betrag von ca. 2,18 Mio. Euro zur Verfügung. Für die Verteilung sorgt die Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung Tirols. Im Unterschied zu den Vereinslösungen wie im Wiener Modell wird die Verteilung der Stunden auf Basis von Anträgen auf Behandlung gefällt, über die ein Fachgremium entscheidet. Dabei werden die Schwere der Störung und die soziale Leistungsfähigkeit berücksichtigt. Alle Mitglieder des Landesverbandes sind in die Lösung eingebunden. Das Modell soll sicherstellen, dass tatsächlich diejenigen eine Therapie finanziert bekommen, welche sie am dringendsten benötigen und gleichzeitig am sozial bedürftigsten sind.

Das wesentliche Merkmal des Vorarlberger Modells ist die überwiegende Finanzierung von Psychotherapie in psychosozialen Institutionen. Verwaltet werden die Mittel über einen Fonds des Landes, in den die VGKK etwa 430.000 Euro einzahlte. Nach Angaben des Landes befinden sich insgesamt 2.840 Mio. Euro in diesem Topf. Neben der Finanzierung in Institutionen haben noch 11 freiberufliche PsychotherapeutInnen eine Vereinbarung mit dem Land mit unterschiedlichen Kontingenten.

Aus der vorliegenden Heterogenität ergeben sich allerdings einige Probleme:

- Die Kriterien für die Auswahl von TherapeutInnen, die Psychotherapie auf Krankenschein anbieten können, sind sehr unterschiedlich (z.B. Vereinszugehörigkeit vs. spezifische Anforderungen des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger).
- Die jeweiligen Stundenkontingente stehen in keiner vergleichbaren Relation zu den Bevölkerungszahlen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, wie die einzelnen Stundenkontingente errechnet werden.
- In der jetzigen Situation ist die Vergabe der Mittel selektiv. Es gibt keine einheitlichen Kriterien der Vergabe.
- Die unterschiedlichen Standards verhindern eine einheitliche Qualitätskontrolle.
- Die unterschiedlichen Regelungen stiften Verwirrung und erwecken insgesamt

den Eindruck von Ungerechtigkeit und Intransparenz.

Auf Vereinslösungen entfallen im Bundesdurchschnitt etwa 30% der gesamten Aufwendungen der für Psychotherapie der Krankenkassen (ÖBIG 2002b).

5.5.1.2. *Finanzbedarf für Psychotherapie*

Den Berechnungen zur Höhe der notwendigen finanziellen Mittel für die Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots an Psychotherapie in Österreich sind die Ergebnisse der Studie des ÖBIG (2002b) zum Bedarf und Angebot an Psychotherapie zugrunde gelegt.

Bedarf an Psychotherapie wird auf 2,1 bis 5% der Bevölkerung geschätzt

Der Mindestbedarf an Psychotherapie wird mit 2,1% der Bevölkerung beziffert, das sind rund 170.000 Personen in Österreich. Dieser Wert ergibt sich aus konservativen Schätzungen auf Basis der Epidemiologie schwerer psychischer Erkrankungen und der geschätzten Rate der tatsächlich zu erwartenden Inanspruchnahme von Psychotherapie. Demgegenüber steht ein Bedarf von 5 % der Bevölkerung als oberer Richtwert. Weiters wird davon ausgegangen, dass die durchschnittliche Dauer einer Therapie 77 Stunden beträgt (zwischen 44 und 160 Stunden) und eine PatientIn pro Jahr etwa 40 Stunden in Anspruch nimmt (ÖBIG 2002b).

Mit diesen Eckdaten wird der finanzielle Bedarf ermittelt, der nur eine grobe Schätzung sein kann, da viele Faktoren nicht bekannt sind. Die folgende Tabelle enthält zwei Szenarien mit einem geschätzten Bedarf an Psychotherapie von 2,1% und 5% der Bevölkerung. Weiters werden die Kostensätze pro Therapiestunde einmal mit 50 Euro (entspricht aktuellen Werten aus einer Vereinslösung) und einmal mit 70 Euro angenommen.

Tabelle 15: Zu erwartende öffentliche Kosten für Finanzierung von Psychotherapie

	Personen mit Psychotherapiebedarf	
	2,1% der Bevölkerung	5% der Bevölkerung
Personen mit Pt-Bedarf	170.000	404.000
Stunden pro Person und Jahr	40	40
Gesamtstunden	6.800.000	16.160.000
Kosten pro Stunde in Euro	50	50
Gesamtkosten in Euro	340.000.000	808.000.000
Alternativszenario:		
Kosten pro Stunde in Euro	70	70
Gesamtkosten in Euro	476.000.000	1.131.200.000

Pt...Psychotherapie

Quelle: ÖBIG 2002, ÖBPV; eigene Berechnungen

Finanzierungsbedarf beträgt mindestens 340 Mio. Euro

Für eine flächendeckende Einführung von Psychotherapie auf Krankenschein ist also mit Kosten für die Krankenkassen von mindestens 340 Mio. Euro zu rechnen, Verwaltungsaufwand ist dabei nicht berücksichtigt.

Zusätzlich: Verbesserungsbedarf bei strukturellen Faktoren

Neben der Diskussion um die mögliche Höhe der Kosten dürfen folgende Punkte nicht unbeachtet bleiben:

- Es muss vor allem gesichert werden, dass rasch die richtige Diagnose gestellt wird (um nutzlose somatische Untersuchungen zu vermeiden) und in einem weiteren Schritt die für den betreffenden Menschen beste Behandlung gefunden wird. Das kann eine Behandlung mit Psychopharmaka, Psychotherapie oder eine Kombinationstherapie sein. Hier besteht großer Verbesserungsbedarf (z.B. Aufklärung).
- Neben dem Mangel an Kapazitäten im psychotherapeutischen Bereich, bestehen auch strukturelle Probleme (unterschiedliche Situation in den Bundesländern, Stadt-Land-Gefälle), die es zu lösen gilt.
- In der Schätzung des Psychotherapiebedarfs von 2,1% ist der stationäre Bereich zwar eingerechnet, es herrscht allerdings großer Verbesserungsbedarf, was die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen betrifft. In 42% der Krankenanstalten und Rehabilitationszentren sind keine PsychotherapeutInnen beschäftigt (ÖBIG 2002b). In einer am AKH Wien durchgeführte Studie wurde gezeigt, dass vielfach Stellenbeschreibungen und klare Arbeitsaufträge für Psychotherapie fehlen (Ringler et al. 1998).

5.5.1.3.

Volkswirtschaftliche Effekte

Seit den 1960er Jahren werden zunehmend ökonomische Evaluationen (Kosten-Effektivitätsstudien, Kosten-Nutzen Studien etc.) zu den unterschiedlichsten Interventionen im Gesundheitswesen durchgeführt. Ohne hier näher darauf einzugehen, sind solche Untersuchungen mit vielerlei methodischen und ethischen Problemen behaftet (vgl. Miller/Magruder 1999). Nicht zuletzt deshalb sind psychotherapeutische Leistungen erst in jüngerer Vergangenheit Gegenstand solcher Untersuchungen. Baltensperger und Grawe (2001) untersuchten in einer Metaanalyse (insgesamt 124 bis Mitte 1995 veröffentlichte Studien) das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Psychotherapie im Vergleich zu alternativen Behandlungsmethoden. Sie kommen zu dem Schluss, dass die medizinischen und volkswirtschaftlichen Einsparungen die Kosten für einen vermehrten Einsatz von Psychotherapie übersteigen. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die möglichen Einsparungen durch Psychotherapie auf mehrere Kostenträger verteilt sind und daher in ihrer Höhe nicht leicht bestimmbar sind bzw. die Gefahr einer Unter- oder Überschätzung besteht.

*Psycho-
therapie senkt
primär
Arbeits-
unfähigkeits-
kosten und
stationäre
Kosten*

In die genannte Metaanalyse sind Ergebnisse von Studien mit verschiedenen Schwerpunkten hinsichtlich der Behandlungsmethode bzw. der beobachteten Krankheitsbilder eingeflossen. Es ist daher nicht möglich, das Ausmaß möglicher Einsparungen exakt zu bestimmen. Die Umverteilungen sehen im Groben wie folgt aus:

*zusätzliche
Einsparung
bei
ambulanten
und
Medikamenten-
kosten*

- Durch Psychotherapie reduziert sich die Anzahl ambulanter Arztbesuche, diagnostischer Untersuchungen und stationärer Kliniktage signifikant (54 Studien, Vergleich des Jahres vor bzw. nach Psychotherapiebeginn). Die Anzahl der Kliniktage reduzierte sich im Durchschnitt um 54%, die der Arztkontakte mit diagnostischen Abklärungen um 26%.
- Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden in 16 Studien analysiert. In allen Studien zeigte sich eine signifikante Abnahme der Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zum Zeitraum vor der Psychotherapie.
- In fünf Untersuchungen wurde die Auswirkung auf den Medikamentenkonsum untersucht, wobei sich eine signifikante Reduktion des Konsums in allen Studien zeigt. Eine Verringerung des Medikamentenkonsums bedeutet etwa auch einen Verringerung des Unfallrisikos und damit verbundenen Unfallfolgekosten.

Insgesamt betrachtet sind die Einsparungen im Bereich der Arbeitsunfähigkeitskosten und stationär medizinischen Kosten am größten, gefolgt von den ambulanten und medikamentösen Kosten.

Aus den Ergebnissen kann für Österreich der Schluss gezogen werden, dass die Finanzierung von Psychotherapie auf jeden Fall zu einer Umverteilung von Ressourcen führen würde. Ob und in welchem Ausmaß tatsächlich Einsparungen erzielt werden können, lässt sich heute nicht beantworten. Hinsichtlich der Auswirkungen auf die individuelle Betroffenenenebene bedeutet eine öffentlichen Finanzierung von Psychotherapie nicht zuletzt ein Mehr an öffentlichen Ressourcen für Menschen mit psychischen Krankheiten. Dies ist insbesondere deshalb zu befürworten, als im bisherigen Finanzierungssystem von einer Benachteiligung von psychischer Erkrankung ausgegangen werden kann. (Zechmeister/Österle 2004).

5.5.2. Finanzierung von (Neuro)rehabilitation

5.5.2.1. Ausgangssituation

Rehabilitation wird von mehreren Kostenträgern finanziert

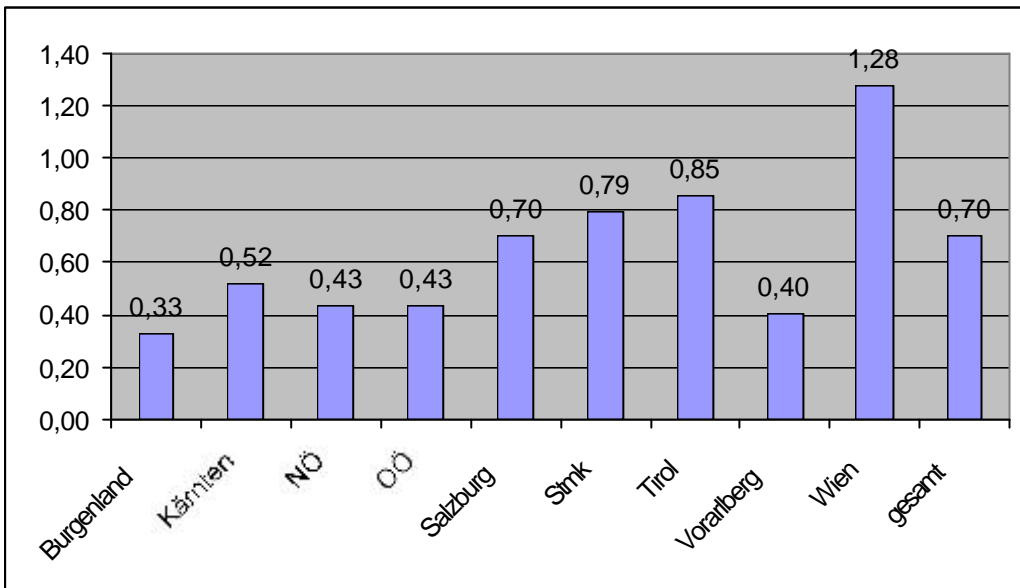
Die Rehabilitation dient der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, der Wiedereingliederung in die Gesellschaft, insbesondere in das Arbeitsleben, möglichst dauerhaft und ohne Betreuung bzw. Hilfe. Damit diese Ziele erreicht werden können, sind medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich. Die Pensions- und Unfallversicherung stellt in 30 Sonderkrankenanstalten rund 4.000 Betten zur medizinischen Rehabilitation zur Verfügung. Die Aufwendungen für 2001 betragen etwa 293,5 Mio. Euro (Rechnungshof 2002). Die berufliche und soziale Rehabilitation fallen in andere Zuständigkeitsbereiche und werden in der Regel aus Steuermittel der Länder und Gemeinden finanziert. Einen erheblichen Teil der Rehabilitationskosten tragen die betroffenen Personen selber.

Erhebliche Versorgungsdefizite durch mangelnde Koordination und ungleiche Versorgungsstruktur

Insgesamt werden im Bereich der Rehabilitation zahlreiche Defizite angeführt, die vor allem auf fehlende übergreifende Koordination der Kostenträger zurückzuführen sind. Beträchtlich Versorgungslücken existieren insbesondere im Bereich der Neurorehabilitation nach Schlaganfällen und Schädel/Hirn Verletzungen. (Rechnungshof 2002). Neben einer allgemeinen Unterversorgung konstatieren ExpertInnen im Bereich Neurorehabilitation eine ungleiche

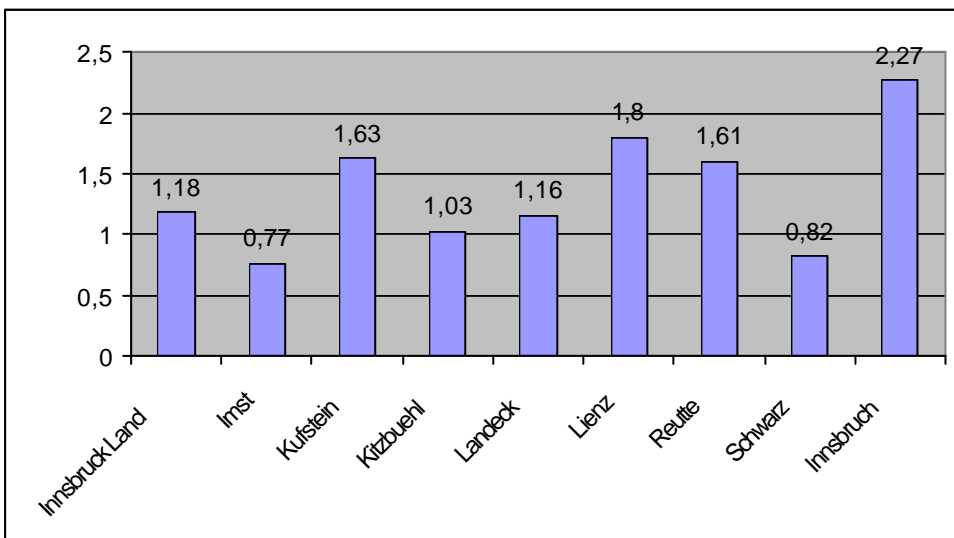
Versorgungsstruktur, die besonders PatientInnen in der Peripherie benachteiligt. Dies zeigt sich beispielsweise an der länderweise differierenden Anzahl berufsausübender FachärztInnen für Neurologie/Psychiatrie pro 10.000 Einwohner (Abb. 18), aber auch beim medizinisch-technischen Personal, wo in einer Tiroler Studie speziell ein Mangel an Ergo- und LogotherapeutInnen beobachtet wird (Abb. 19).

Abbildung 18: Anzahl der FachärztInnen für Neurologie/Psychiatrie pro 10.000 Einwohner Stand 2000



Quelle: Statistik Austria 2002, eigene Berechnungen

Abbildung 19: Anzahl der TherapeutInnen der ambulanten neurologischen Rehabilitation in Tirol pro 10.000 Einwohner Stand 2000



Quelle: Schwarze/Ransmayr 2000

Finanzbedarfsschätzung erfordert genauere Kenntnis des undgedeckten Versorgungsbedarfs

Schwarze und Ransmayr (2000) betonen, dass eine adäquate Versorgung im Bereich der Neurorehabilitation ein umfassendes Therapiekonzept erfordert, das eine Versorgung auf unterschiedlichen Versorgungsebenen (mobil, ambulant, stationär) mit einem multiprofessionellen Team sicherstellt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert. Diese Forderungen treffen ebenso für andere Bereiche der Rehabilitation zu. Für eine Finanzbedarfsschätzung ist die derzeitige Datenlage zum Versorgungsbedarf in Österreich zu mangelhaft. Es existieren zwar für einzelne Versorgungsgebiete Erhebungen zu Versorgungsmängeln, es fehlen jedoch Angaben zum nicht gedeckten Versorgungsbedarf. Überdies bedarf es auch hier der Entwicklung eines übergeordneten Versorgungskonzepts, das über eine allgemeine Beschreibung von Versorgungszielen hinausgeht und konkrete Lösungsansätze hinsichtlich Vernetzung und Kooperation – insbesondere in sozialrechtlichen Belangen – aufzeigt. Eine Vernetzung mit anderen Reformprojekten, die mit ähnlichen Schwierigkeiten kämpfen und ähnliche Ziele verfolgen, scheint hier sinnvoll (z.B. Psychiatriereform). Solche bisherigen ‚Außenseiter‘ des Gesundheitswesens können mit ihren neuen Versorgungskonzepten sogar Modellcharakter für innovative Versorgungs- und Finanzierungskonzepte im gesamten Gesundheitswesen haben.

5.5.2.2. Volkswirtschaftliche Effekte

ExpertInnen konstatieren volkswirtschaftliches Einsparungspotenzial durch Rehabilitation

Eine Folge der Unter- und Fehlversorgung im Bereich der Rehabilitation ist die Behinderung gesellschaftlicher Teilhabe, die nicht nur für die betroffenen Individuen problematisch ist, sondern auch volkswirtschaftliche Folgekosten nach sich zieht. Mit entsprechenden und gut koordinierten Maßnahmen – so die Annahme – kann nicht nur die gesellschaftliche Teilhabe der betroffenen Personen gesichert werden, sondern es sinkt auch der Bedarf an Folgeleistungen im Akutbereich, sowie an sonstigen Sozialleistungen. ExpertInnen sehen in der Rehabilitation daher ein Instrument zur Kostenvermeidung und Kostensenkung im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. Sachverständigenrat für konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003). Eine US-amerikanische Studie stellte etwa fest, dass bei entsprechend intensiver Frührehabilitation nach Herzinfarkt im Vergleich zu herkömmlicher Betreuung eine signifikant geringere Folgenutzung von Rehabilitationseinrichtungen und eine bessere Lebensqualität erreicht wurde

(Oldridge et al. 1993). Nicht zu vergessen sind die beträchtlichen privaten Kosten, die bei adäquater Rehabilitation mitunter verringert werden können. Eine australische Studie für den Raum Melbourne schätzt z.B. die Kosten für informelle Pflege nach Schlaganfall (entgangene Arbeitsstunden, Qualifikationsverlust, Kosten für Arbeitgeber etc.) je nach Berechnungsmethode auf umgerechnet 13,4 bzw. 26,2 Mio. Euro (Dewey 2002). Die Bedeutung dieser Kosten betonen auch Patel et al. in einer aktuellen Studie (2004). Konkrete Auswirkung der Rehabilitation auf derartige Kosten sind aber bisher kaum untersucht worden.

Widersprüchliche Ergebnisse existieren über die Kosten-Effektivität verschiedener Formen von Rehabilitation. So verglichen Young/Forster (1993) in einer britischen Studie die direkten Kosten zwischen stationärer und ambulanter/mobiler Rehabilitation älterer Menschen nach Schlaganfall und fanden signifikant niedrigere Kosten für letztere. Roderick et al. (2001) stellten hingegen hinsichtlich Kosten und Effektivität keinen Unterschied zwischen einer Schlaganfallrehabilitation in einer geriatrischen Tagesklinik und einer mobilen Versorgung zu Hause fest. Diese beispielhafte Darstellung ist jedoch nicht ausreichend für eine umfassende Einschätzung. Generell sei vor einer direkten Übertragung internationaler Ergebnisse auf Österreich gewarnt, denn länderspezifische Unterschiede in Versorgungsstruktur und Preisen können zu erheblichen Unterschieden im Ergebnis ökonomischer Evaluationen führen. Das Thema erfordert eine differenziertere Betrachtung und eine eingehende Auseinandersetzung, die mit der Durchführung einer Metastudie und/oder einer Österreich-weiten Analyse beginnen könnte. Hierbei ist insbesondere eine kritische Auseinandersetzung mit der Methode und dem Stellenwert ökonomischer Evaluationen gefordert. Der zunehmende Verweis auf derartige Untersuchungen ist nicht zuletzt auch als Teil eines hegemonialen gesundheitspolitischen Diskurses zu verstehen (Zechmeister 2003).

*...jedoch
genauere
Analyse zu
volkswirt-
schaftlichen
Effekten ist
nötig*

6. Analyse vorgestellter Maßnahmen vor dem Hintergrund grüner Gesundheitspolitik

6.1. ‚Teilhabe‘ als Vision grüner Gesundheitspolitik

*Grüne
Gesundheits-
politik braucht
eigene
Position*

Das Kapitel 3 zeigte wesentliche Charakteristika innerhalb vorherrschender Gesundheitspolitikmodelle auf. Mit dem liberalen Ansatz wird das Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt, während am anderen Ende des Spektrums das sozialdemokratische Modell im Sinne der Bewahrung und Verteidigung des bürokratischen Versorgungsstaats steht. Der gegenwärtige Wohlfahrtsstaatsdiskurs ist von einem liberal-autoritären Politikansatz geprägt. Für eine Vision grüner Gesundheitspolitik scheinen weder der liberale Wohlfahrtsstaat, noch ein Festhalten am ‚alten Modell‘ attraktive Alternativen zu sein. Wie Sauer (2001, 289 ff.) anmerkt, sind „Neoliberalismus und Globalisierung hegemoniale Diskurse. Sie sind also spezifische Denkmuster und Glaubenssysteme, die tief in den Köpfen und Körpern der Menschen verwurzelt sind, die die Welt erklären und zugleich politische Lösungen präfigurieren. ... Wie jeder neue Diskurs desartikuliert der Neoliberalismus alte Formationen und konstruiert neue ‚Notwendigkeiten‘.“ Diese konstruierten ‚Notwendigkeiten‘ sind auch in der Gesundheitspolitik charakteristisch. Zahlreiche dieser Konstruktionen wurden im Verlauf der Studie aufgezeigt. Im Rahmen einer grünen Gesundheitspolitik gilt es daher, die vorherrschenden Diskurse zu dekonstruieren und ihnen eine alternative Position entgegenzusetzen. Gefordert ist eine eigenständige grüne Positionierung zu Gesundheitspolitik.

*‚Teilhabe‘ als
Vision grüner
Gesundheits-
politik?*

In einem als ‚Kurswechsel‘ bezeichneten Programmfindungsprozess begannen die Grünen auf Wiener Landesebene eine Vision Grüner Politik jenseits festgefahrener Positionen zu entwickeln. Diese Vision ist die ‚Vision der Teilhabe‘ – auch als ‚Öffentlichkeit der Gesellschaft‘ bezeichnet (Novy 2003). Die ‚Teilhabevision‘ ist seither in einem beständigen Diskussionsprozess weiterentwickelt worden. Wenngleich das Teilhabekonzept vielfach noch wenig konkretisiert und ausgereift ist, erscheint es für eine Position grüner Gesundheitspolitik eine attraktive politische Vision zu sein. Im Folgenden sollen daher einige Aspekte des Teilhabekonzeptes herausgegriffen und für die anschließende Diskussion der Reformvorschläge als Referenzrahmen verwendet werden.

6.1.1. Was bedeutet ‚Teilhabe‘?

*Teilhabe heißt
Zugang zu
Leistungen
und
Möglichkeit
zum
Mitgestalten
in der
Gesellschaft*

Herkömmliche liberale Politikmodelle konzentrieren sich in der Regel auf den prozessuralen Aspekt von Politik und betonen die Möglichkeit, mitzureden und mitzugestalten, sie lassen dabei aber die materielle Ausgangssituation der BürgerInnen außer acht. Herkömmliche sozialdemokratische Positionen wiederum betonen die materiellen Aufgaben von Politik, die die Versorgung aller mit Diensten und Gütern gewährleisten. ‚Teilhabe‘ verknüpft beide Elemente und kann definiert werden als die Möglichkeit, einerseits Mitbestimmung und Mitgestaltung für alle Gesellschaftsmitglieder, andererseits den Zugang zur Gesellschaft für alle zu schaffen (Novy 2003). ‚Teilhabe‘ verbindet damit eine Prozessdimension (Mitentscheiden, Mitgestalten) mit einer materiellen bzw. inhaltlichen Dimension (Zugang zu Leistungen, zu einer Gesellschaft dazugehören). ‚Teilhabe‘ zu verwirklichen bedeutet einerseits, Formen des Mitredens, Mitentscheidens und Mitgestaltens (Partizipation) zu finden, an der sich alle Mitglieder einer Gesellschaft direkt oder indirekt beteiligen können. Dabei sollen in die Entscheidungsfindung möglichst alle von einer Maßnahme betroffenen gesellschaftlichen Interessen einbezogen werden. Fachwissen von ExpertInnen gilt es hierbei genauso zu akzeptieren werden wie das praktische Wissen der NutzerInnen von Gütern und Diensten. Andererseits bedeutet ‚Teilhabe‘ auch Zugang zu materiellen Ressourcen und impliziert damit Macht- und Verteilungsfragen. Das heißt, eine Politik der ‚Teilhabe‘ ist kein Ersatz für wohlfahrtsstaatliche Rechte, denn gerade diese Rechte (z.B. Bildung, Gesundheit) schaffen erst die Voraussetzung für eine aktive Partizipation. Die politische Herausforderung besteht demnach darin, Formen und Räume für aktive Mitgestaltung zu schaffen und dabei erforderliche Strukturen und materielle Ressourcen zu berücksichtigen. Aus kritisch-emanzipatorischer Perspektive verkörpert ‚Teilhabe‘ die Vision einer sich beständig demokratisierenden Gesellschaft und impliziert zugleich eine Neuverhandlung des Verhältnisses zwischen Staat, Gesellschaft und BürgerInnen.

6.1.2. Teilhabe und Gesundheitspolitik

Politik der Teilhabe schafft Voraussetzung für Zugang zu materiellen Ressourcen im Gesundheitssystem

‚Teilhabe‘ als Vision grüner Gesundheitspolitik bringt zweierlei Herausforderungen mit sich. Zum einen ist Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für aktive Teilhabe an der Gesellschaft. Daher wird mit der Vision der Teilhabe die Gesundheitspolitik zu einem zentralen Politikfeld, das Teilhabe in ihrer materiellen Dimension gesamtgesellschaftlich ermöglicht. Konkret stellt sich die Frage, wie grüne Gesundheitspolitik gestaltet sein muss, um möglichst vielen Menschen ein möglichst gesundes Leben zu ermöglichen. Dies impliziert insbesondere die Frage, wie Gesundheitspolitik gestaltet sein muss, um möglichst vielen Menschen Zugang zu Ressourcen zu verschaffen, die Gesundheit erhalten, wiederherstellen oder längerfristig erkrankten Menschen trotz Krankheit Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen. Zu berücksichtigen ist dabei insbesondere die derzeitige Ausgangslage, wie etwa der empirisch vielfach belegte Einfluss der sozialen Ungleichheit und der sozialen Schichtzugehörigkeit auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z.B. BMSG 2002).

Politik der Teilhabe betrachtet Gesundheitspolitik als Querschnittspolitik

Die Vision der Teilhabe verstärkt den Ansatz, dass Gesundheitspolitik eine Querschnittspolitik ist, die sich nicht auf das Gesundheitswesen im engeren Sinn beschränkt, sondern vor allem Sozialpolitik, aber genau so Bildungs-, Wirtschafts- Budgetpolitik etc. als Teil der Gesundheitspolitik begreift. Wenn etwa bekannt ist, dass gesunde Gesellschaften jene sind, die die geringsten Einkommensunterschiede aufweisen (Wilkinson 2001), wird eine teilhabeorientierte Gesundheitspolitik an einer Verringerung dieser Einkommensunterschiede über die Budgetpolitik ansetzen.

Gesundheitspolitik, die an Teilhabe orientiert ist, wird zum Ziel haben, die individuelle Selbstbestimmung im Gesundheitswesen zu fördern, allerdings nicht, ohne ein spezielles Augenmerk auf die materielle und sozialstrukturelle Umwelt von Menschen zu legen, die Gesundheit ungünstig beeinflussen kann und nicht, ohne emanzipatorische Prozesse speziell bei marginalisierten und benachteiligten Personen zu fördern.

Die zweite Herausforderung betrifft die Prozessdimension und impliziert die Frage, wie Gesundheitspolitik gestaltet sein kann, sodass möglichst viele Menschen am Gesundheitspolitikprozess teilhaben können und mitgestalten können. Hier geht es um das partizipative Element von Teilhabe. Partizipation

Gesundheitspolitik der Teilhabe widmet sich Entscheidungsprozessen und schafft Mitgestaltungsmöglichkeiten auf allen Ebenen des Gesundheitswesens

meint dabei mehr als Einbindung von Akteuren zur Informationslieferung und schließlich Legitimation bereits vorab formulierter Ziele, wie es etwa nach dem New Public Management-Ansatz der Fall ist. Vielmehr geht es um die Schaffung neuer Aushandlungs- und Experimentierfelder, die Mitgestaltung und Mitentscheidung in der Gesundheitspolitik ermöglichen. Partizipation ist umgekehrt aber nicht zu verwechseln mit einem Übergang zu (basisdemokratischen) Mehrheitsentscheidungen, sondern erfordert gerade auch Diskussion darüber, in welche Prozesse Menschen wie eingebunden werden. Partizipation im Gesundheitswesen betrifft die unmittelbare BehandlerIn/BetreuerIn-PatientInnenebene (z.B. wie können diese Beziehungen so gestaltet werden, dass im Krankheitsfall eine gegenseitig respektvoller Umgang möglich ist). Sie betrifft zweitens die Ebene der Organisationen (wie können innerhalb einer Organisation, wie z.B. Krankenhaus, Prozesse organisiert werden, an denen möglichst alle betroffenen Akteure direkt oder repräsentativ ihre Interessen vertreten und mitgestalten?). Schließlich geht es in einer dritten Stufe um die Ebene der Politikformulierung (z.B. welche Möglichkeiten können geschaffen werden, sodass alle betroffene Akteure ihre Interessen vertreten und in der Gesundheitspolitik aktiv mitgestalten können?). Die dritte Ebene spielt insbesondere eine Rolle, wenn es um Neustrukturierungen, Reformen und Entwicklung von Versorgungsmodellen geht. Eine Gesundheitspolitik der Teilhabe, die die Prozessdimension ernst nimmt, muss dann zum Ziel haben, dass etwa ein Rehabilitationsmodell nicht von einzelnen ExpertInnen ‚am Reißbrett‘ entworfen wird, sondern schafft Strukturen und Ressourcen für eine demokratische Aushandlung solcher Reformmodelle. All diese genannten Aushandlungen sind notwendigerweise auch konfliktträchtig. Eine Gesundheitspolitik der Teilhabe lässt diese Konflikte zu und sucht Wege damit umzugehen.

Vision der Teilhabe unterstützt Positionierung

Insgesamt unterstützt die Vision der Teilhabe in der gesundheitspolitischen Diskussion die Argumentation, denn sie stellt eine Meta-Ebene für grüne Politik dar, von der ausgehend Ansätze für konkrete Teilbereiche der Gesundheitspolitik formuliert werden können. Umgekehrt können diverse Reformvorschläge aus der gesundheitspolitischen Debatte vor dem Hintergrund einer ‚Vision der Teilhabe‘ reflektiert und eingeordnet werden. Aus der ‚Teilhabeperspektive‘ betrachtet, wird etwa ein Selbstbehalt zur Finanzierung des Gesundheitswesens anders einzustufen sein, als ein Finanzierungsmodell, das einnahmenseitig auf solidarischer Umverteilung basiert. In diesem Sinne sollen auch die angeführten

Reformansätze vor dem Hintergrund der Teilhabevision bewertet werden. Teilhabe als Vision grüner Gesundheitspolitik stellt sozusagen den Referenzrahmen für die Einordnung unterschiedlicher Reformvorschläge dar.

6.2. Vorgestellte Finanzierungsmaßnahmen als Schritte zur Teilhabe?

*Vorgestellte
Finanzierungsmaßnahmen
fördern materielle
Dimension von
Teilhabe*

Vor dem Hintergrund einer Vision der Teilhabe fördern die dargestellten Finanzierungsmaßnahmen in erster Linie die materielle Dimension von Teilhabe im Sinne von verbessertem Zugang zu Leistungen für alle (Tab.16). Beispielsweise erfolgt durch eine Anhebung der Höchstbeitragsgrenzen oder eine Erweiterung der Beitragsgrundlage eine stärkere Umverteilung und Ausrichtung der Finanzierung am Leistungsfähigkeitsprinzip. Damit werden nicht nur BezieherInnen niedriger Einkommen relativ entlastet, sondern die Mehreinnahmen sichern gleichzeitig den Zugang für alle zu Gesundheitsleistungen, unabhängig vom individuellen Risiko oder Einkommen. Wenn umgekehrt Menschen in den unteren Einkommensgruppen einen vergleichsweise geringeren Teil ihres Einkommens für Abgaben leisten müssen, verbleiben ihnen Ressourcen, die gesellschaftliche Teilhabe in anderen Bereichen erleichtern (Bildung, Freizeit, etc.) Gleichzeitig folgt aus einer derartigen Maßnahme eine Verringerung von Einkommensunterschieden, die in einem positiven Zusammenhang mit einer gesunden Bevölkerung steht und daher indirekt zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung beiträgt (vgl. Wilkinson 2001).

Auch im Medikamentensektor kann bei einigen der vorgestellten Maßnahmen von Teilhabeeffekten ausgegangen werden. Mit der Senkung der Umsatzsteuer auf nicht rezeptpflichtige Medikamente wird der Zugang zu derartigen Leistungen unabhängiger vom individuellen Einkommen. Die Kosteneinsparungen durch Senkung von Umsatzsteuer und Preis- und Handelsspannungsgestaltung sichern wiederum indirekt die umfassende Versorgung für alle und verhindern eine Einschränkung des Leistungsangebots im Sinne einer Rationierung. Schnittstellenmanagement kann ebenfalls den Zugang zu Leistungen verbessern, beispielsweise dann, wenn poststationäre Versorgung zeitgerecht organisiert wird. Direkte materielle Teilhabeeffekte werden mit der Finanzierung von Rehabilitation und Psychotherapie erzielt. Psychotherapie ermöglicht etwa Menschen mit psychischen Erkrankungen Zugang zu Leistungen, die sie bisher

*Maßnahmen
vernach-
lässigen
Prozessdi-
mension von
Teilhabe*

größtenteils privat finanzieren müssen. Weniger eindeutig kann ein Teilhabeeffekt den Maßnahmen ‚Optimierung im Krankenhausbereich‘ oder ‚Aktbettenabbau/Umbau‘ zugeschrieben werden. Hier kommt es vor allem auf die genaue Ausgestaltung der Maßnahmen an. Wenn die Optimierung im Krankenhaus primär die Verbesserung der betriebswirtschaftlichen Effizienz zum Ziel hat, führt dies mitunter zu einer ‚unechten‘ Kosteneinsparung, sprich, zu einem Kostentransfer in andere Sektoren. Damit ist indirekt für Personen, die diese Kosten tragen müssen (z.B. Angehörige), eine Einschränkung gesellschaftliche Teilhabe die Folge. Wenn hingegen frei werdende Ressourcen (z.B. durch Abbau von Akutbetten) in andere Versorgungsbereiche transferiert werden (z.B. Verbesserung der Versorgungsstruktur im niedergelassenen Bereich) verbessert dies den Zugang zu Leistungen für die Gesamtbevölkerung, womit ein materieller Teilhabeeffekt erreicht wird. Die Prozessdimension von Teilhabe im Sinne von ‚Mitgestalten‘ wird mit den angeführten Maßnahmen, wenn überhaupt, nur indirekt berührt, etwa dann, wenn mit verstärktem Zugang zu Psychotherapie ein Empowermentprozess erfolgt, der wiederum Individuen zu Beteiligung an gesellschaftspolitischen Prozessen motiviert. Die Maßnahmen schaffen daher insgesamt wesentliche materielle Voraussetzungen für Menschen, Gesellschaft zu gestalten.

Tabelle 16: Förderung von Teilhabe durch unterschiedliche politische Maßnahmen

Gesundheitspolitische Maßnahmen	fördert Teilhabe in materieller Dimension (Zugang zu Leistungen)	Fördert Teilhabe in Prozessdimension (Mitgestaltung)
<i>Einnahmenseitig</i>		
Anhebung Höchstbeitragsgrenze und Verbreiterung der Beitragsgrundlage	Umverteilung und Ausrichtung am Leistungsfähigkeitsprinzip; Mehreinnahmen sichern Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Verringerung der Einkommensunterschiede macht Ressourcen von niedrigeren Einkommensgruppen für materielle gesellschaftliche Teilhabe frei	
<i>Ausgabenseitig</i>		
Medikamentensektor	Weniger private Belastung (z.B. Senkung USt.) macht Zugang zu Leistungen unabhängig von Einkommen; Kosteneinsparung durch Preis- und Handelsspannen sichert umfassende Versorgung mit Medikamenten (verhindert Rationierung)	
Schnittstellenmanagement	Potenzial zur Sicherung eines bedarfsgerechten Zugangs zu allen Versorgungsebenen für alle	
Optimierung KH	je nach Ausgestaltung	
Abbau/Umbau Betten	je nach Ausgestaltung	
Finanzierung Neurorehabilitation	verbessertes Zugang zu Leistungen hilft Gesundheit herzustellen und ermöglicht gesellschaftliche Teilhabe	indirekter Effekt: Empowermenteffekt insb. durch soziale und berufliche Rehabilitation - Ermöglichung von Mitgestaltung in allen Gesellschaftsbereichen
Finanzierung Psychotherapie	verbessert Zugang zur Leistungen für Menschen mit psychischer Erkrankung (bisher primär privat finanziert und damit abhängig vom Einkommen)	indirekter Effekt: emanzipatorischer Effekt, Empowerment

Quelle: eigene Darstellung

Grüne Gesundheitspolitik sollte verstärkt auf Entscheidungsprozesse eingehen

Unter Kapitel 6.1.1. wurde ausgeführt, dass der Fokus auf eine materielle Dimension von Teilhabe charakteristisch für ein sozialdemokratisches Versorgungsmodell ist. In diesem Sinne stellen die dargestellten Maßnahmen, die primär diese materielle Dimension betreffen, eine Fortführung und Verbesserung eines sozialdemokratischen Gesundheitskonzeptes dar. Damit wird zwar eine wesentliche Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und Freiheit geschaffen, das kritisierte Demokratiedefizit im sozialdemokratischen Ansatz bleibt aber unbehandelt. Für eine eigenständige Positionierung grüner Gesundheitspolitik scheint es daher erforderlich, sich noch eingehender der ‚Prozessdimension‘ von Teilhabe zu widmen und neben einer materiellen Absicherung gleichzeitig eine Demokratisierung der Gesundheitspolitik anzustreben. Zentral erscheint hier die Auseinandersetzung mit den Fragen, wie gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse aus ‚grüner Sicht‘ aussehen können, wo (an welchen Orten) Entscheidungen getroffen werden sollen und wer (welche Akteure) in die Prozesse eingebunden sind. Diese Fragen betreffen alle Ebenen des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik. Ein innovatives Konzept hierzu erleichtert nicht zuletzt die Positionierung zu Konzepten anderer politischer Akteure (z.B. Gesundheitsagenturen), denn die gestellten Fragen zu Entscheidungsprozessen und Transparenz unterstützen sowohl die Analyse derartiger Konzepte als auch die Formulierung einer grünen Position dazu.

Welcher Weg zur Entwicklung eines Reformkonzepts?

Entscheidend ist schließlich, wie der Entwicklungsprozess eines grünen Reformkonzeptes gestaltet wird, sprich wie die gestellten Fragen beantwortet werden sollen und wer sie beantwortet. Ziel kann sein, ein Modell von ExpertInnen entwerfen zu lassen. Ziel kann aber auch sein, einen strukturierten Diskussionsprozess zwischen (Grünen) PolitikerInnen und Zivilgesellschaft bzw. zwischen WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen in Gang zu setzen, dessen Resultat ein umfassendes grünes Gesundheitsreformkonzept ist.

7. Zusammenfassung und Ausblick

*Bedrohungs-
szenarien sind
relativ*

Im Zentrum der vorliegenden Studie stand die Frage der zukünftigen Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Über die Einbettung dieser Frage in einen breiteren polit-ökonomischen Kontext konnten zahlreiche Bedrohungsszenarien relativiert werden. Eine differenzierte Betrachtung zeigte zum einen, dass manche der bekannten Ausgabensteigerungsfaktoren nicht jene Bedeutung haben, die ihre dominante Präsenz in der gesundheitspolitischen Diskussion vermuten lässt. Beispielsweise führt die demographische Entwicklung zwar zu Ausgabensteigerung, sie ist aber bei weitem nicht der einzige und wichtigste Einflussfaktor für die Gesundheitsausgabenentwicklung. Zum anderen sind der Großteil der Einflussfaktoren für Gesundheitsausgaben keine unveränderlichen Tatsachen, sondern politisch gestaltbar. Dazu zählt etwa die Preisgestaltung bei Medikamenten.

*Einnahmen-
und Ausgaben-
struktur sind
gestaltbar*

Ähnliches gilt für die Einnahmenseite. Die Höhe der für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel folgt keinem Naturgesetz, sondern auch hier lässt sich erheblicher Gestaltungsspielraum ausmachen. Dieser rückt allerdings zunehmend in den Hintergrund und wird überdeckt von scheinbaren ökonomischen Sachzwängen. Am prominentesten ist hierbei das Argument, dass zu hohe Steuer- bzw. Abgabenbelastungen – insbesondere für private Unternehmen – den Wirtschaftsstandort Österreich gefährden. Solche Aussagen lassen Steuer- oder Abgabenerhöhung als unmöglich erscheinen und zwingen gleichzeitig zu Ausgabenreduktion. Unfinanzierbar wird das Gesundheitswesen daher erst in Verbindung mit dem politischen Ziel einer möglichst geringen Steuer- und Abgabenbelastung für soziale Sicherung und mit der Konstruktion des Status-Quo der Einnahmenstruktur als etwas Unveränderbares. Damit erfolgt die Ausgabendiskussion nicht mehr vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Ziele, sondern liberaler wirtschaftspolitischer Anliegen, die jedoch intransparent bleiben, während die Begründung für Ausgabensenkung in erster Linie mit dem Ineffizienzargument erfolgt.

Beliebt sind hierbei (internationale) Vergleiche und benchmarking-Modelle. Wiewohl solche Vergleiche helfen, Größenordnungen und Versorgungsunterschiede aufzuzeigen und auch diese Studie zahlreiche Vergleichszahlen beinhaltet, gilt es, derartige Zahlen kritisch zu betrachten. Zum einen ist die Vergleichbarkeit vielfach eingeschränkt, zum anderen verändert sich

*Gängige
Argumente
kritisch
hinterfragen!*

mit dem permanenten Fokus auf Vergleichszahlen implizit die Zielsetzung der Gesundheitspolitik. Anstatt den tatsächlichen Bedarf eines Landes oder einer Region in den Vordergrund zu rücken und Lösungen und Wege zu einer adäquaten Bedarfsermittlung und schließlich Bedarfsdeckung zu suchen, wird die Legitimation eines Gesundheitswesens zunehmend daran gemessen, mit wie vielen Kriterien es sich im Mittelfeld der anderen Teilnehmer positioniert.

*Gesundheits-
politik ist auch
Wachstums-
politik*

Es scheint daher angebracht, den Fokus wieder verstärkt auf Aufgaben und Ziele der Gesundheitspolitik zu richten. Zudem gilt es, gesundheitspolitische Maßnahmen nicht nur auf ihre kostenmäßigen und budgetpolitischen Auswirkungen sondern auch auf ihre Wachstumseffekte zu untersuchen. Eine ledigliche Aufstellung der Kosten von Gesundheitsmaßnahmen, ohne auf andere Effekte (z.B. Arbeitsplätze, Wachstumseffekte) hinzuweisen, greift auf jeden Fall zu kurz. Der Beitrag, den eine gesunde Bevölkerung zur wirtschaftlichen Entwicklung leistet, ist in die Entscheidung über gesundheitspolitische Maßnahmen miteinzubeziehen.

*Studie zeigt
Gestaltungs-
spielräume auf*

In diesem Sinne sollen die angeführten Maßnahmen in erster Linie verstärktes Bewusstsein für den politischen Gestaltungsspielraum schaffen. Sie sind als Versuch zu sehen, den Blick für hegemoniale Diskurse zu schärfen und einen ‚anderen‘, öffentlichen Diskurs zu fördern. Gezeigt werden konnte unter anderem, dass sich bereits mit einer Maßnahme – je nach konkreter Ausgestaltung – ein einnahmenseitiger Finanzierungsspielraum in der Größenordnung zwischen rund 50 Mio. und 1 Mrd. Euro ergibt. Damit lässt sich nicht nur das Krankenkassendefizit decken, sondern es können auch in bisher unterversorgte Bereiche (z.B. Psychiatrie, Rehabilitation) vermehrt öffentliche Mittel fließen. Ausgabenseitig zeigt sich der Spielraum am deutlichsten bei Medikamentenausgaben. Hier besteht ein Einsparungspotenzial für Krankenkassen zwischen rund 14 und 300 Mio. Euro, das alleine durch Preisgestaltung und Gestaltung des Steuersystems und nicht etwa durch Rationierung der Medikamente erreichbar ist.

*Gesamtkon-
zept einer
Grünen
Gesundheits-
reform ist
noch
ausständig*

Wesentlich ist es, politische Maßnahmen in eine Gesamtvision grüner Gesundheitspolitik einzubetten und vor diesem Hintergrund zu diskutieren. Eine solche Vision könnte die ‚Vision der Teilhabe‘ sein, die zum Ziel hat, den Zugang zu Gesellschaft und die Mitgestaltung in einer Gesellschaft für alle zu ermöglichen. Zahlreiche der angeführten Maßnahmen konnten als Schritte hin zu

Teilhaber identifiziert werden. Viele Fragen dazu bleiben aber noch unbeantwortet. Bedarf besteht insbesondere für die Entwicklung eines grünen gesundheitspolitischen Gesamtreformkonzeptes. Hierbei gilt es nicht nur, inhaltliche Fragen zu klären sondern sich auch damit auseinanderzusetzen, wie der Entstehungsprozess eines solchen Konzeptes organisiert und gestaltet werden soll.

*Weiterer
Forschungs-
bedarf besteht*

Schlussendlich hat die Studie den Forschungsbedarf zu verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten verdeutlicht. So fehlt beispielsweise für Österreich eine Aufarbeitung gesundheitspolitischer Prozesse und deren Zusammenhänge mit wirtschaftspolitischen Aspekten aus historischer Perspektive. Forschungsbedarf besteht ferner zu gängigen Steuerungs- und Evaluierungsmethoden, wie etwa gesundheitsökonomische Evaluationen (z.B. Kosten-Effektivitätsstudien). Hier erscheint eine kritische Auseinandersetzung mit den Methoden und ihrem zunehmenden Stellenwert für gesundheitspolitische Entscheidungen angebracht. Eine auf Österreich bezogene Untersuchung positiver Effekte von Gesundheitsausgaben stellt eine weitere Forschungslücke dar. Nicht zuletzt sind bei den in der Studie konkret behandelten Themen noch genauere Analysen notwendig. Das betrifft insbesondere die Darstellung von Verteilungseffekten, die bei einer Verbreiterung der Beitragsgrundlage und bei den diversen ausgabenseitigen Maßnahmen auftreten. Ebenfalls nicht eingehender untersucht wurde die Selbstbehaltsthematik.

*Das
Gesundheits-
wesen ist
finanzierbar*

Weiterführende wissenschaftliche Studien gilt es, im beständigen Austausch mit ExpertInnen aus der Praxis zu organisieren und in einen Dialog mit Politik und Zivilgesellschaft einzubetten. Mit der Studie konnte gezeigt werden, dass das Gesundheitswesen finanzierbar ist. Nun geht es darum, das ‚Wie‘ von Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens zu konkretisieren.

8. Literaturverzeichnis

Amann A., M. Kneusel, B. Wiegele, Ch. Badelt, A. Holzmann und C. Matul. 1994. *Anspruchs- und Effizienzanalyse der Hauskrankenpflege in Niederösterreich*. Krems.

Badelt Ch. und A. Österle. 2001. *Grundzüge der Sozialpolitik- Allgemeiner Teil*. 2. Auflage. Wien.

Badelt Ch. und A. Österle. 2001a. *Grundzüge der Sozialpolitik - Spezieller Teil*. 2. Auflage. Wien.

Baltensperger C. und K. Grawe. 2001. Psychotherapie unter gesundheitsökonomischen Aspekten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 30: 10-21.

Barros PP. 1998. The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Economics* 7: 533-544.

Becker J. 2003. Neue Formen liberaler Herrschaft. *Kurswechsel* 2: 9-18.

BEIGEWUM. 2000. *Mythos Nulldefizit. Alternativen zum Sparkurs*. Wien.

BEIGEWUM. 2002. *Frauen Macht Budget. Staatsfinanzen aus Geschlechterperspektive*. Wien.

Bhargava A., D. Jamison, L. Lau und C. Murray. 2001. Modelling the effect of health on economic growth. *Journal of Health Economics* 20: 423-440.

Bloom D., D. Canning und J. Sevilla. 2001. *The effect of health on economic growth: Theory and evidence*. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. Cambridge.

BMSG. 2002. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Wien.

Bork C. 2003. *Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen*. Wiesbaden. Online unter <http://www.bmsg.bund.de/downloads> (Jänner 2004).

Breuss F., F. Schebeck und E. Walterskirchen. 1997. *Wertschöpfungabgabe als Alternative zu lohnbezogenen Dienstgeberbeiträgen zum Familienlastenausgleichsfonds*. Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag der Bundesarbeiterkammer. Wien.

Breyer F. 2002. Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten. In: DP. Aufderheide (Hrsg.) *Gesundheit – Ethik – Ökonomik: wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*. Berlin.

Brockmann H. 2002. Why is Less Money Spent on Health Care for the Elderly than for the Rest of the Population? Health Care Rationing in German Hospitals. *Social Science and Medicine* 55: 593-608.

Bundesministerium für Finanzen. 2003. Vermögensbesteuerung in westlichen Industriestaaten. *Monatsbericht* 11/2003.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. 2002. *Krankenanstalten in Zahlen*. Wien.

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. 2003a. *Krankenanstalten in Zahlen - Überregionale Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten 2002*. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. 2003b. *Krankenanstalten in Zahlen*. Online unter <http://www.kaz.bmgf.gv.at> (Februar 2004).
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. 2003c. *Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel 2004*. Wien.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. 2000. *Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan ÖKAP/GGP 2001*. Wien.
- Bunker J. et al. 1994. Improving health: measuring effects of medical care. *The Milbank Quarterly* 72: 2.
- Dewey HM. et al. 2002. Informal care for stroke survivors: Results from the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 33: 1028-33.
- Doblhammer G. und J. Kytir. 2001. Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. *Social Science and Medicine* 52: 385-391.
- Ebner H., J. Hohenauer und Ch. Köck. 2002. *Analyse zur Abschätzung der Entwicklungs- und Optimierungspotenziale in der österreichischen Gesundheitsversorgung*. Wien.
- Eichler P. 2003. *Ein asymmetrischer Markt entsteht?!*. Vortragsmanuskript zur Ringvorlesung „Gesundheitswesen – vom Heute ins Morgen.“ Wien. 19.11.03
- Ettner S. 1996. New evidence on the relationship between income and health. *Journal of Health Economics* 15: 67-85.
- Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme. 2001. *Gesundheitssysteme im Wandel - Österreich*. Wien.
- Felder St., M. Meier und H. Schmitt. 2000. Health Care Expenditure in the Last Months of Life. *Journal of Health Economics* 19: 679-695.
- Flemmich G. und H. Ivansitz. 2000. *Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie*. Wien.
- Fried A. 2004. Angespanntes Warten auf die Gesundheitsreform. *ÖKZ* 01/02: 5-9.
- Gerhard U. 1988. Sozialstaat auf Kosten der Frauen. In: U. Gerhard, A. Schwarzer und V. Slupik (Hrsg.) *Auf Kosten der Frauen. Frauenrechte im Sozialstaat*. Weinheim/Basel.
- Gewerkschaft der Privatangestellten. 1996. *Abgabe auf alle betrieblichen Aufwendungen - Weiterentwicklung der Wertschöpfungsabgabe*. Wien.
- Glaeske G. 2003. Arzneimittelversorgungsforschung: Basis für mehr Transparenz, Qualität und Patientenschutz – Verwaltungsdaten der OÖGKK zu Antidepressiva. *Gesundheitswissenschaften* 23: *Versorgung mit Antidepressiva*.
- Grillitsch K. und R. Haydn. 2003. Die österreichische Sozialversicherung im Jahr 2002. *Statistische Nachrichten* 6: 446-458.

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2001a. *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2001*. Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2001b. *Arbeitspapier zur Schaffung einer ausreichenden Finanzbasis für die soziale Krankenversicherung und zur weiteren Sicherung eines hohen Leistungsniveaus des österreichischen Gesundheitssystems*. Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2003. *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*. Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2003a. *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2003*. Wien.
- Hofmarcher M. 1999. Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich mit Schwerpunkt Österreich. *Health System Watch I/2003*.
- Hofmarcher M. und M. Riedel. 1999. Returns on Health Investment - Gesundheitszustand in der EU. *Health System Watch - Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 12/99*: 41-47.
- Hofmarcher M. und M. Riedel. 2000. Gesundheitsausgaben in der EU: Höhe oder Definition, das ist hier die Frage. Schwerpunktthema: Internationale Datenbanken und Vergleichbarkeit von Ausgaben. *Health System Watch I/2000*.
- Hofmarcher M. und M. Riedel. 2001a. Gesundheitsausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat. Schwerpunktthema: Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme? *Health System Watch I/2001*.
- Hofmarcher M. und M. Riedel. 2001b. Ressourcenverbrauch in der EU: Innovation kostet. Schwerpunktthema: Die Regulierung des Arzneimittelmarktes macht alle sicherer. *Health System Watch II/2001*.
- Hofmarcher M. und M. Riedel. 2002. Altersstruktur und Gesundheitsausgaben in der EU: Kostenanstieg, aber ohne „Explosion“. Schwerpunktthema: Gesundheitsausgaben nach Alter zeigen Profil. *Health System Watch III/2002*.
- Hofmarcher M. und M. Riedel. 2002a. Gesundheitszustand in der EU: Ab dem 70. Lebensjahr wird's beschwerlich. *Health System Watch IV/2002*.
- Hofmarcher M., M. Riedel und G. Röhrling. 2002. Gesundheitsausgaben in der EU: Sie sind (noch) nicht europäisiert. Schwerpunktthema: Europäische Sozialversicherungsländer: Ein Eldorado für die Private Krankenversicherung. *Health System Watch I/2002*.
- Hofmarcher M. und G. Röhrling. 2003. Gesundheitsausgaben in der EU: Die Vergleichbarkeit kränkelt. Schwerpunktthema: Vorausschätzung der Gesundheitsausgaben in Österreich. *Health System Watch I/2003*.
- Jessop B. 1999. The changing governance of welfare. Recent trends in its primary functions, scale and modes of coordination. *Social Policy and Administration 33(4)*: 348-359.
- Kaiser A. 2003. Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung. Untersuchung zur Verteilungswirkung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU. *Working Paper No 6*. Hamburg.
- Knapp M. et al. 1990. The TAPS- Project. 3: Predicting the Community Costs of Closing Psychiatric Hospitals. *British Journal of Psychiatry 157*: 661 – 670.

- Knapp M. und J. Beecham. 1990. Costing mental health services. *Psychological Medicine* 20, 893 – 908.
- Köck, Ebner & Partner. 2002. *Analyse zur Abschätzung der Entwicklungs- und Optimierungspotenziale in der stationären Gesundheitsversorgung in Wien*. Wien.
- Kubin I. und P. Rosner. 2001. Arbeitsmarktpolitik: Theoretische Grundlagen und österreichische Institutionen. In: R. Neck, E. Nowotny und G. Winckler. (Hrsg.) *Grundzüge der Wirtschaftspolitik Österreichs*. 3. Auflage. Wien.
- Kühn H. 2001. *Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung*. Berlin.
- Kwapil C. 1998. Wertschöpfungsabgabe und Pensionsversicherung. *Kurswechsel* 3/1998. 135-143.
- Landesregierung Oberösterreich. 2002. *Psychiatrieweiterentwicklungsplan*. Linz.
- Marterbauer M. und E. Walterskirchen. 2002. Lohnquote sinkt seit zwei Jahrzehnten. Online-Auszug aus: M. Marterbauer und E. Walterskirchen. *Bestimmungsgründe der Lohnquote und der realen Lohnstückkosten*. Wien. Online unter www.arbeit-wirtschaft.at/aw_02_2003 (Februar 2004).
- Martin K. 2001. Sparsame Arzneien. *Ärztomagazin* 6/2001: 10.
- Mielck A. 2000. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten*. Bern.
- Miller NE. und KM. Magruder. 1999. *Cost-Effectiveness of Psychotherapy. A Guide for Practitioners, Researchers and Policymakers*. New York/Oxford.
- Möller B., M. Pogantsch, B. Reichardt und M. Sokol. 2002. Neuinvestition von 92.000.000. - Hat sich's gelohnt? - Heilmitteldatenanalyse Österreichweit 2000 - 2001. *Soziale Sicherheit* 11/2002: 472-476.
- Neck R., Nowotny E. und G. Winckler. 2001. *Grundzüge der Wirtschaftspolitik Österreichs*. Wien.
- Noack H. 2003. Über-, Unter- und Fehlversorgung: Konzepte, Strategien und Rahmenbedingungen für die Analyse und Reduktion von Fehlern im Gesundheitswesen. In: O. Meggeneder (Hrsg.) *Unter-, Über- und Fehlversorgung. Vermeidung und Management von Fehlern im Gesundheitswesen*. Frankfurt/Main.
- Novy A. 2003. *Demokratisierung und Grüne Wirtschaftspolitik*. Vortragsmanuskript Arbeitskreis ‚Wirtschaftspolitische Positionierung der Wiener Grünen‘. Wien. 11.10.03.
- OECD. 2000. Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling social and industrial goals. *Labour Market and Social Policy - Occasional Papers*. Paris.
- OECD. 2002. *Health Data*. Paris.
- OECD. 2003. *Health Data*. Online unter www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html (Jänner 2004).

- Oldridge N. et al. 1993. Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after myocardial infarction. *American Journal of Cardiology* 72: 154-161.
- ÖBIG. 1997. *Struktureller Bedarf der psychiatrischen Versorgung in Österreich*. Wien.
- ÖBIG. 2000. *Generika*. Wien.
- ÖBIG. 2001. *Benchmarking Arzneimittelausgaben - Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union*. Wien.
- ÖBIG. 2001a. *Generika - Modell Burgenland*. Wien.
- ÖBIG. 2002a. *Selbstbeteiligung - Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich*. Wien.
- ÖBIG. 2002b. *Bedarf und Angebot an Psychotherapie*. Wien.
- ÖBVP. 2003. *Darstellung der bestehenden Versorgungsmodelle für Psychotherapie*. Wien.
- Österreichische Akademie der Wissenschaften. 2002. *Evidenzbasierte Bedarfsplanung für Intensivbetten*. Wien.
- Österreichische Apothekerkammer. 2003. *Die österreichische Apotheke in Zahlen 2003*. Wien.
- Österreichische Apothekerzeitung. 2003. *Absicht der Regierung - Höherer Anteil an Generika*. Ausgabe 14/2003.
- Österreichische Apothekerzeitung. 2001. *Neue Sparmöglichkeit im Gesundheitswesen - Apothekensubstitution*. Ausgabe 16/2001.
- Part P. 2002. *Finanzielle Auswirkungen der Bevölkerungsalterung. Working Paper 8*. Wien.
- Patel A. et al. 2004. Alternative strategies for stroke care: cost-effectiveness and cost-utility analyses from a prospective randomized controlled trial. *Stroke* 35: 203-204.
- Pichler E. und E. Walter. 2002. *Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens*. Wien.
- Pharmig. 2001. *Arzneimittel helfen heilen - Daten und Fakten 1999/2000*. Wien.
- Probst J. 2003. *Was darf/muss uns Gesundheit wert sein? Vortragsmanuskript*. Wien.
- Rechnungshof. 2002. *Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes für das Jahr 2001*. Wien.
- Rechnungshof. 2003. *Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes - Bund Verwaltungsjahr 2002*. Reihe Bund 2003/5. Wien.
- Riedel M. und M. Hofmarcher. 2003. *Verordnungsvarianz und Outcome der Antidepressiva-Versorgung in Oberösterreich. Gesundheitswissenschaften 23: Versorgung mit Antidepressiva*.
- Ringler M., G. Stemberger und A. Binder-Krieglstein. 1998. *Einsatz und Arbeitsbedingungen des psychotherapeutisch qualifizierten Personals am AKH Wien*. Wien.

Rose N. 2000. Tod des Sozialen. Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens. In: Bröckling U., S. Krasmann und T. Lemke. (Hrsg.) *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt/Main.

Rosian I. und S. Vogler. 2002. Arzneimittel - Kennzahlen im europäischen Vergleich. *Soziale Sicherheit* 5/2002: 230-236.

Rüdiger D. 1992. *Von bruttolohnbezogenen Arbeitgeber-Beiträgen zu wertschöpfungsbezogenen Arbeitgeber-Abgaben*. Europäische Hochschulschriften. Reihe V. Band 1316. Frankfurt am Main.

Rürup Kommission. 2003. Reformvorschläge zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit. In: *Bericht der Rürup-Kommission*. Online unter <http://www.soziale-sicherungssysteme.de> (Dezember 2003).

Sachverständigenrat für konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 2003. *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Online unter <http://www.svr-gesundheit.de> (Jänner 2004).

Sauer B. 2001. *Die Asche des Souveräns. Staat und Demokratie in der Geschlechterdebatte*. Frankfurt/New York.

Schneider U. und A. Österle. 2003. Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive. In: L. Rosenmayer und F. Böhmer (Hrsg.) *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Politikrelevanz*. Wien.

Schatzenstaller M. 2003. Zur Steuerreform 2005. *WIFO Monatsbericht* 12: 879-900.

Schwarze G. und G. Ransmayr. 2000. *Grundlagen und aktueller Stand der Neurorehabilitation im Bundesland Tirol*. Innsbruck.

Statistik Austria. 2001. *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2002*. Wien.

Streissler A. 2003. Frauen als Leistungsträgerinnen des Gesundheitswesens. *Wirtschaft und Gesellschaft* 29 (2): 247-286.

Verbrugge LM. 1984. Longer Life but Worsening Health? *The Milbank Quarterly* 62:3.

Weber B. 2001. Öffentlich/Privat – neue Grenzziehungen im Übergang zum Postfordismus. *Kurswechsel* 4: 24-37.

WHO. 2001. *The Mental Health Report*. Genf.

Wilkinson RG. 2001. *Unhealthy Societies*. London.

Young J. und A. Forster. 1993. Day hospital and home physiotherapy for stroke patients: a comparative cost-effectiveness study. *Journal of the Royal College of Physicians London* 27:252-258.

Zechmeister I. 2003. *Frauen und Psychiatrie: eine polit-ökonomische Perspektive*. Vortrag Konferenz der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Bad Ischl.

Zechmeister I. und A. Österle. 2004. ‚Dann war auf einmal kein Geld mehr da.‘ Zur Rolle der Finanzierung in der österreichischen Psychiatriereform. Erscheint im Frühjahr in ‚*Psychiatrische Praxis*‘

Zimmermann H. und K. Henke. 1994. *Finanzwissenschaft - Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft*. München.

Zweifel P., S. Felder und M. Meiers. 1999. Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Economics* 8: 485-496.