

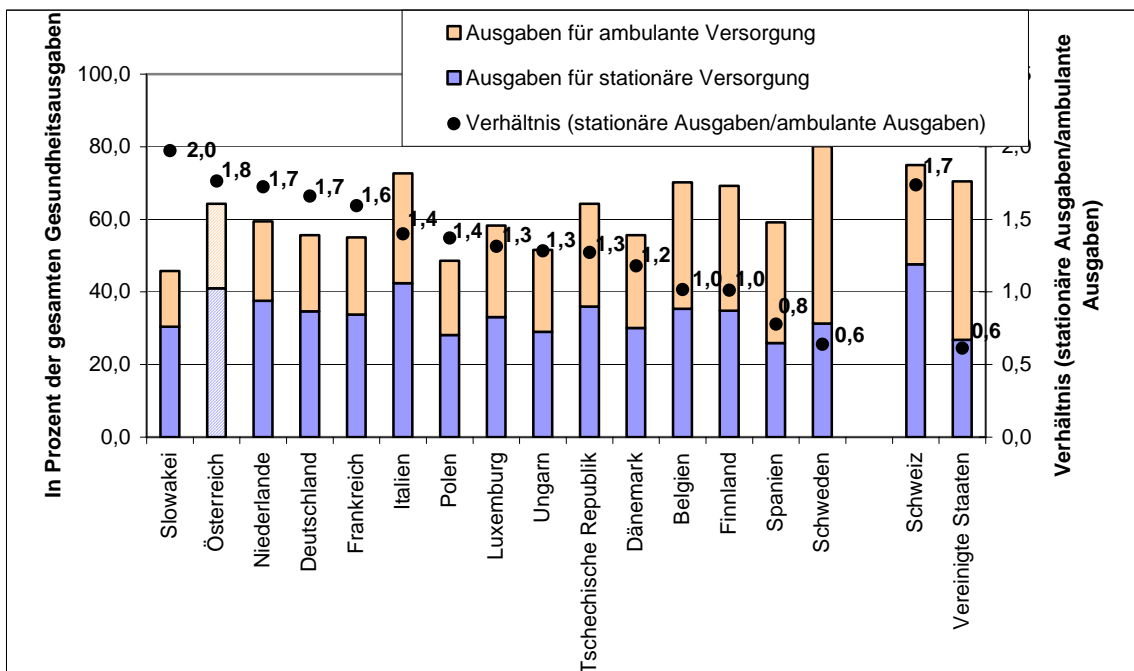
Presseinformation

Wien, am 14.09.2007

Effizienz im Gesundheitswesen: Vorschläge für eine neue Finanzierungsstruktur

Vor dem Hintergrund großer finanzieller Herausforderungen, die vor allem die technologische und demographische Entwicklung an das Gesundheitswesen stellt, ist die Nutzung von Effizienzpotenzialen von immenser Bedeutung für seine nachhaltige Finanzierbarkeit. Ein wesentlicher Grund für die mangelnde Effizienz ist, dass das österreichische Gesundheitswesen von einer Fragmentierung der Kompetenzen und Finanzmittel sowie Intransparenz geprägt ist. Diese Faktoren stehen der Nutzung der Effizienzpotenziale in allokativer und technischer Hinsicht entgegen, indem sie die notwendigen Umstrukturierungen auf der Leistungserbringungsseite behindern. So ist das österreichische Gesundheitswesen weiterhin kurativ ausgerichtet und hat ein deutliches Übergewicht im stationären Bereich (Abbildung 1).

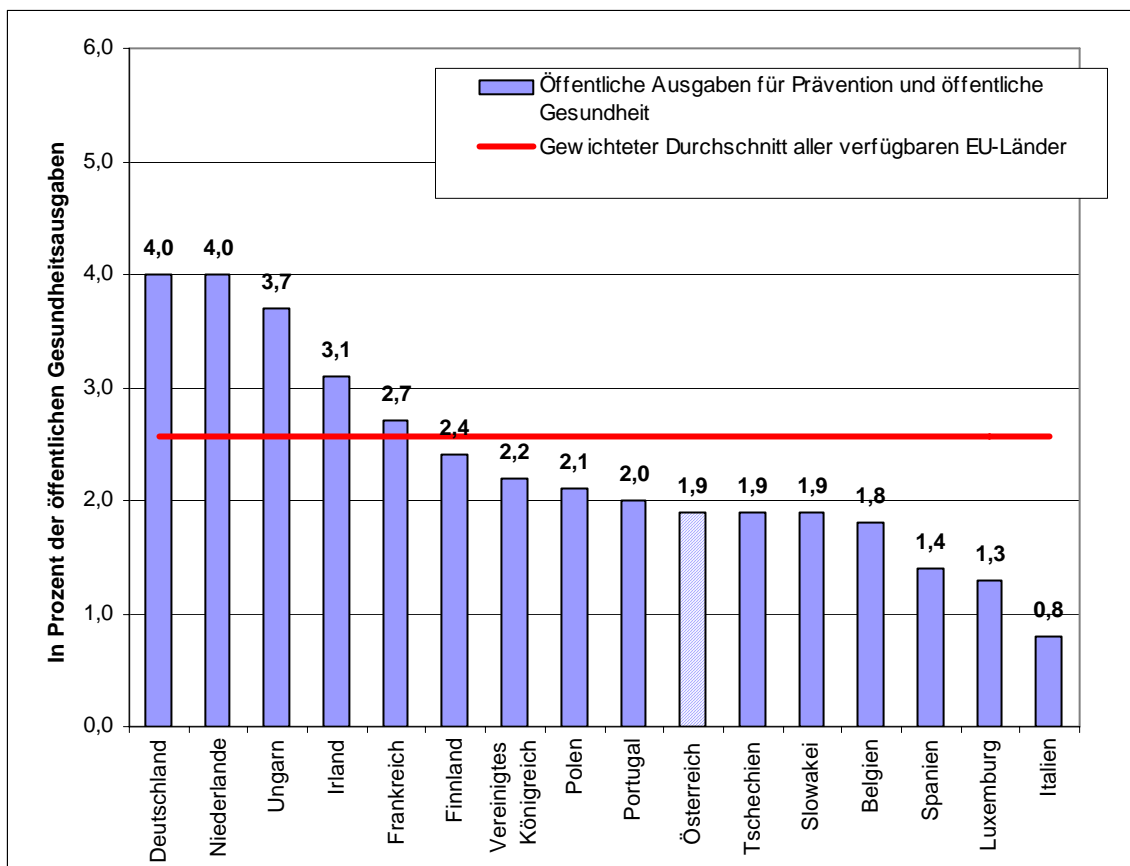
Abbildung 1: Ausgaben für ambulante und stationäre Versorgung 2004 oder letztverfügbar



Quellen: OECD Health Data, Oktober 2006; Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2007.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention liegt Österreich hingegen deutlich zurück. (Abbildung 2)

Abbildung 2: Öffentliche Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit 2004 oder letztverfügbar

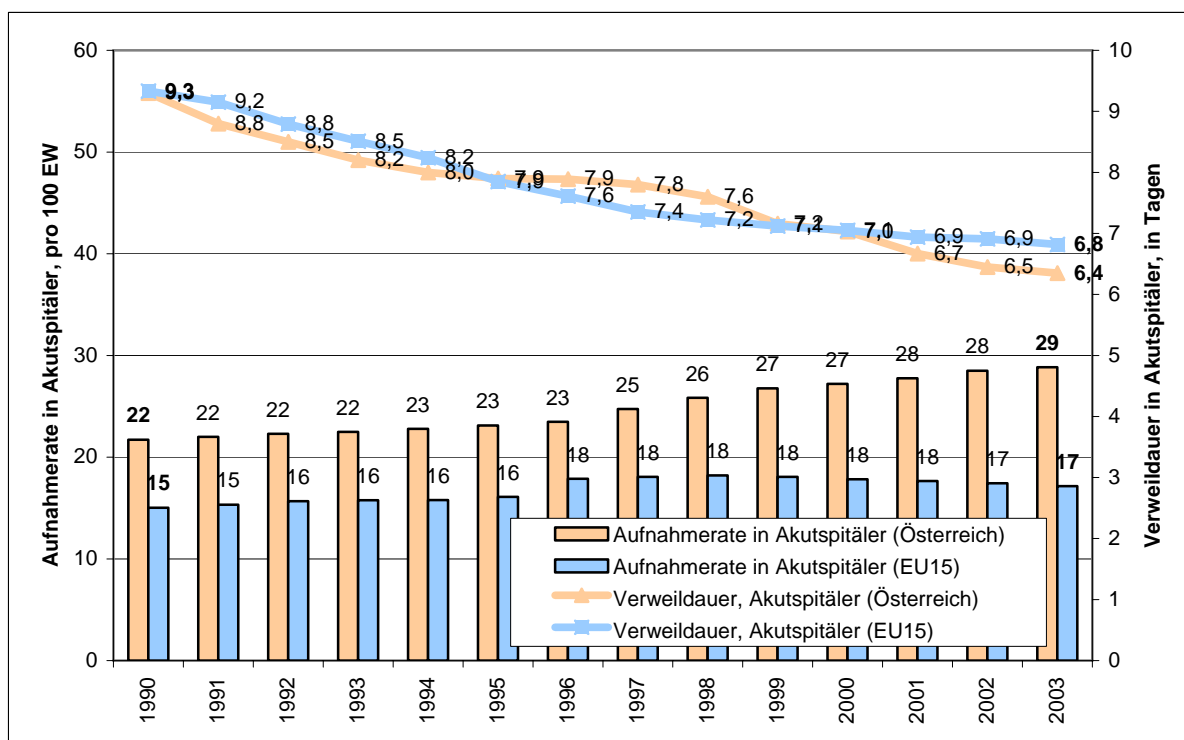


Quelle: OECD Health Data, Oktober 2006; IHS HealthEcon Berechnungen 2007.

Mit den Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte konnte diese Problematik bisher nicht bewältigt werden. Auf Landesebene sollten die Landesgesundheitsfonds die Trennung zwischen intra- und extramuralem Bereich überwinden helfen. Die Gesundheitsplattformen als Organe der Landesgesundheitsfonds vereinigen in länderweise verschiedener Zusammensetzung Vertreter der Gebietskörperschaften, der Sozialversicherung und weiterer Institutionen. Allerdings finanzieren die Landesgesundheitsfonds wie ihre Rechtsvorgänger vorwiegend den intramuralen Bereich im Rahmen des **LKF-Systems (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung)**, und dies auch keineswegs kostendeckend. Der extramurale Bereich wird weiterhin von den Krankenkassen direkt finanziert. Auch auf Ebene der Gesundheitsplattformen wird diese Teilung durch überwiegende Stimmgewichte der Gebietskörperschaften im intramuralen und der Sozialversicherungsträger im extramuralen Entscheidungsbereich fortgeschrieben statt überwunden. Auch wenn es prinzipiell zu begrüßen ist, dass mit den Plattformen Kommunikationsstrukturen zur besseren Koordinierung und Umsetzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) entstanden sind, haben diese die in sie gesetzten Erwartungen bis jetzt nicht erfüllt.

Durch Organisationsprivatisierungen (Ausgliederungen) und die Einführung des LKF-Systems wurden richtige Schritte in Richtung mehr Effizienz im Spitalsbereich gesetzt. Die Trennung in Nachfrager und Anbieter wurde jedoch nicht voll erreicht, da die Länder sowohl den Gesundheitsfonds mitdotieren als auch bei den meisten Spitälern Eigentümer sind. Der länderspezifisch gestaltbare Bereich hat zudem das LKF-System der einzelnen Ländern auseinanderdriften lassen, was zu Intransparenz und erschwelter Vergleichbarkeit führt. Es wurde zwar eine Reduktion der Liegedauern erreicht; gleichzeitig erhöhte sich jedoch die Aufnahmezeit und kompensiert so die Reduktion der Liegedauer (angebotsinduzierte Nachfrage), vgl. Abbildung 1.

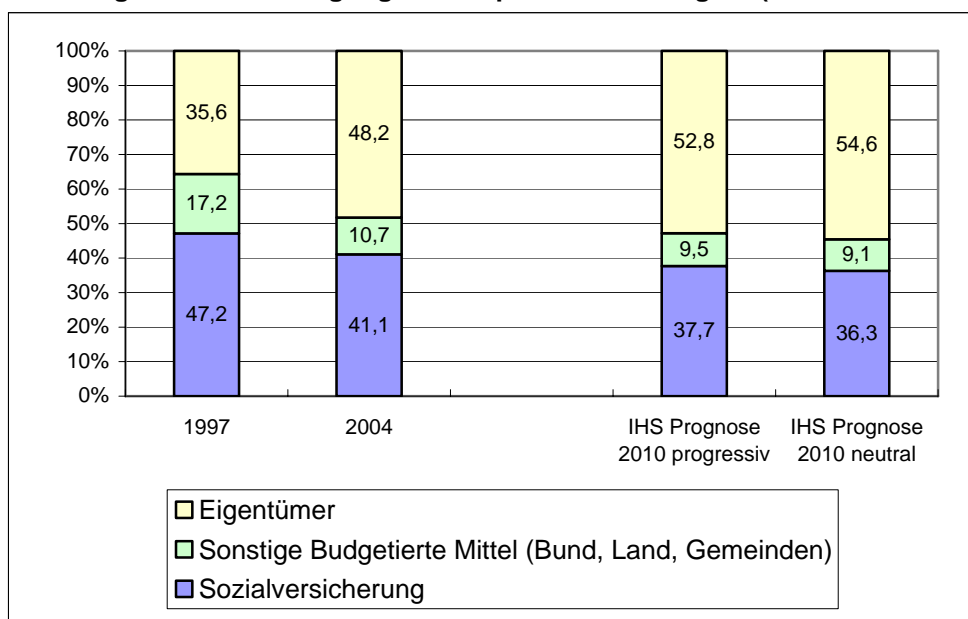
Abbildung 3: Aufnahme- und Verweildauer in Akutspitäler



Quelle: WHO Health for all database, Juni 2007, IHS HealthEcon 2007.

Weiters wurde das LKF-System von vornherein nicht kostendeckend ausgestaltet. Dadurch ist weiterhin eine zusätzliche Finanzierung durch den Spitalseigentümer nötig. Diese Praxis umgeht jedoch die Intention der an sich gedeckelten Fonds-Mittel, die mehr Budgetdisziplin herstellen sollte. Dies zeigt sich an den wachsenden Anteilen der Eigentümer (vor allem die Gebietskörperschaften) gegenüber der ausschließlich über den Landesgesundheitsfonds finanzierenden Sozialversicherung. (Abbildung 4)

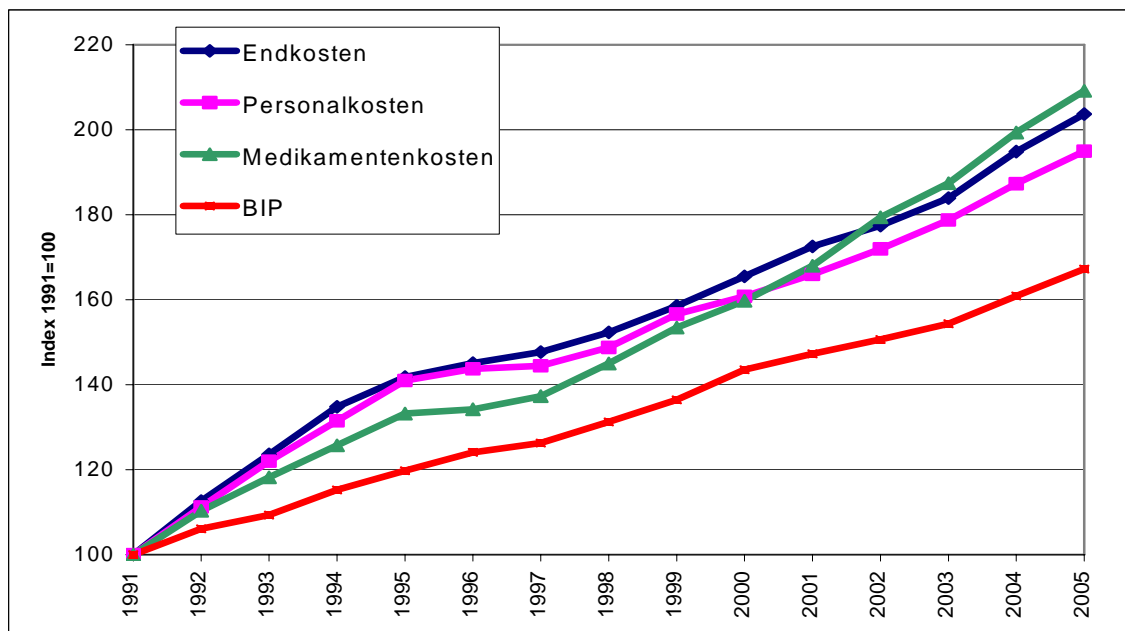
Abbildung 4: Mittelaufbringung Fondsspitäler nach Trägern (excl. Private Zahlungen)



Quelle: HiT Österreich 2006, IHS Prognosen 2007

Die Kostenentwicklung im stationären Bereich der Fonds-Krankenanstalten zeigt, dass um das Jahr 1997 (LKF-Einführung) zwar eine leichte Abflachung der Ausgaben erfolgte, jedoch anschließend ein kontinuierlicher starker Anstieg der Endkosten zu verzeichnen ist, vgl. Abbildung 5. Insbesondere wuchsen die Kosten für Medikamente. Eine Kostendämpfung im intramuralen Sektor ist auch in den letzten Jahren nicht zu erkennen.

Abbildung 5: Kostenentwicklung in landesfonds-finanzierten Krankenanstalten, nominell



Quelle: BMGFJ (Krankenanstalten in Zahlen), IHS HealthEcon 2007.

Anders im extramuralen Bereich. Hier ist die Österreichische Sozialversicherung durchaus erfolgreich gewesen, die Kosten zu dämpfen. So konnte die jährliche Wachstumsrate der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen von rund drei bis knapp über vier Prozent zwischen 2000 und 2004 auf 2,6 Prozent im Jahr 2005 gesenkt werden. Eine noch deutlichere Kostensteigerungsreduktion ist bei den Heilmittelausgaben festzustellen. Lag die jährliche Steigerungsrate im Jahr 2002 bzw. 2003 noch bei rund 6,5 Prozent fiel diese in den folgenden Jahren kontinuierlich und konnte im Jahr 2005 auf ein Viertel (1,6 Prozent) reduziert werden. Diese für den vertragsärztlichen Bereich alleine genommen begrüßenswerte Kostendämpfung dürfte aber zum Teil durch Verlagerungen in die Spitäler erreicht worden sein, ein Problem, das beispielhaft die gesamte Disharmonie im Österreichischen Gesundheitswesen verdeutlicht, in dem durch die strikte Trennung der Kompetenzen paradoxe Zielsetzungen und Anreizmechanismen wirken.

Die oft genannte **Finanzierung aus einer Hand** könnte im Zusammenspiel mit wichtigen flankierenden Maßnahmen den Mitteleinsatz jeweils dort ermöglichen, wo er am effizientesten ist. Die Finanzausgleichsverhandlungen 2007 bieten die Chance, in diesen wichtigen Zukunftsfragen nachhaltige Lösungen zu schaffen.

Reformvorschläge auf Seiten der Finanzierung

- 1) Vereinheitlichung der Honorarordnungen der Vertragsärzte, Aushandlung nur mehr auf einer Ebene anstatt mit allen Landesärztekammern für die einzelnen Versicherungsträger. Dabei Anwendung moderner Erkenntnisse zu Ärztevergütung mit einem gemischten Vergütungssystem, welches um Anreizsysteme in Hinblick auf ökonomische Kriterien (z. B. Folgekostenreduktion), Qualität (Qualitätsarbeit, Prozessverbesserungen) und regionale Versorgung erweitert

werden sollte. Erfolgreiche Erfahrungen des Abrechnungscontrolling in den einzelnen Kassen sowie international sollten bundesweit berücksichtigt werden.

2) Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung:

- Die geplante Erweiterung auf den Ambulanzbereich vorantreiben
- Ein österreichweit einheitliches, transparentes System schaffen
- Harmonisierung des LKF-Systems mit den Honorarordnungen der Vertragsärzte sowie weiterer ambulanter Angebote
- Einbezug der sektorenübergreifenden Modelle zur integrierten Versorgung

Auf diese Weise können bereits im Vorfeld Überlegungen angestellt werden, in welchem Bereich welche Leistungen erbracht werden müssen, um insgesamt den effizientesten Behandlungsweg zu beschreiten. Dies beschränkt sich nicht nur auf die reine Leistungsverschiebung. Es sollten im niedergelassenen Bereich Leistungen gefördert werden, die spätere Spitalsaufnahmen verhindern und umgekehrt.

3) Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zu einem kostendeckenden System. Durch ein kostendeckendes System kann eine höhere Kostenkontrolle sowie Kostentransparenz erreicht werden. Anbieter und Nachfrager sind dann klar getrennt. Entstehende Finanzierungslücken machen auf diese Weise transparenter auf Mängel in der Effizienz aufmerksam. Die Erhaltung von Krankenhausstandorten aus primär regionalpolitischen Zielen wird von gesundheitspolitischen Zielsetzungen getrennt. Auch in Hinblick auf die Abrechnung von in- und ausländischen Gastpatienten ermöglicht ein solches System einen kostengerechteren Abrechnungsmechanismus. Eine länderübergreifende Schwerpunktsetzung wird erleichtert und es kann den Vorgaben des ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) leichter entsprochen werden.

4) Die bisher der Spitalsfinanzierung zufließenden Mittel sollten dem System von Hauptverband und Krankenkassen zugewiesen werden. Die solcherart im extra- wie intramural kostendeckend und transparent gestalteten und aufeinander in sinnvoller und vorausschauender Weise abgestimmten Abrechnungssysteme ermöglichen den Einkauf der gesundheitlich optimalsten Leistung für den Patienten genau in jenem Setting, das die höchste Effizienz aufweist.

5) Die Überantwortung der Steuermittel sollte an Zielvereinbarungen gebunden werden. Hauptverband und Kassen müssen gleichsam beweisen, dass sie in der Lage sind, Kostensteigerungen erfolgreich entgegenzutreten. Daran sollte auch eine Fortführung dieser Lösung nach einem Zeitraum von z.B. fünf Jahren geknüpft sein.

Reformvorschläge auf Seiten der Leistungserbringung

1) Konsequente und verbindliche Berücksichtigung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit in der Angebotsplanung. Der patientenorientierten Integration der Versorgung kommt dabei entscheidende Bedeutung zu. Ineffizienzen an den Schnittstellen sind in medizinischer wie ökonomischer Hinsicht schädlich. Der Behandlungsprozess beginnt und endet nicht an der Schwelle zu Spital oder Arztpraxis. Mit der Umgestaltung der Finanzierungsstruktur kann das Geld der Leistung auch tatsächlich folgen.

2) E-health-Lösungen sind ein unverzichtbarer backbone moderner Versorgungsformen, welcher in anderen Länder weitaus mehr genutzt wird. Telemedizin kann Produktivitätsgewinne in medizinischer Behandlung wie



Pflege bringen, und das in einem Bereich, der sonst wenig produktivitätssteigernde Innovationen zeigt. Verbesserte Patienteninformation unterstützt den eigentlichen Nutzer des Gesundheitswesens bei der Entscheidung über Inanspruchnahme und Behandlung.

- 3) Der Bereich Qualität ist im Österreichischen Gesundheitswesen noch unterentwickelt, muss jedoch Effizienzsteigerungen begleiten, um Schlechterversorgung zu vermeiden.
- 4) Gesundheitsförderung und Prävention müssen in einem erneuerten Finanzierungssystem als wesentlicher Leistungsbereich der Sozialversicherung festgeschrieben werden. Einsparungen im intra- und extramuralen Bereich erfolgen nicht nur durch Leistungsverschiebung und technische Effizienzsteigerungen, sondern wesentlich durch Vermeidung der Inanspruchnahme.
- 5) Die Qualifikationsstrukturen sollten an die aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens angepasst werden. Der heute arztlastige primäre Versorgungssektor sollte in einem Gesamtkonzept ein strukturiertes, koordiniertes und multidisziplinäres Zusammenarbeiten ermöglichen. Dabei sollten verstärkt nichtärztliche Professionen ausbildungsadäquat Tätigkeiten übernehmen und aufgewertet werden.
- 6) Neue Organisationsformen können helfen, die Lücke zwischen Krankenhausversorgung und Einzelpraxis zu schließen. Dabei sind insbesondere neue Praxenformen und Gesundheitszentren anzudenken, die eine optimale Allokation der Behandlungsfälle an das kostengünstigste Setting ermöglichen, und trotz Reduktion von Krankenhauskapazitäten eine gute regionale Versorgung auch in Randzeiten ermöglichen.

Begründung und Zusammenfassung

In zahlreichen Diskussionen der letzten Monate wurde die Umstellung des Österreichischen Gesundheitssystems auf ein steuerfinanziertes System erwogen, um dessen Effizienz zu steigern. Aus Sicht des IHS bestehen jedoch derzeit keineswegs eindeutige Vorteile eines steuerfinanzierten Gesundheitssystems für Österreich, und eine solche Forderung geht auch zum Teil an der Sache vorbei. Zunächst sollten die bereits existierenden Strukturen weiterentwickelt werden, anstatt völlig neue zu schaffen. Die Sozialversicherungsträger haben vielfache Kompetenzen in Technologiebewertung, evidenzbasierter Medizin und Gestaltung und Controlling von Honorarsystemen erworben sowie begonnen, eine EDV-Infrastruktur aufzubauen. Weiteres know-how wurde durch die Kompetenzzentren gebildet. Die Rehabilitationszentren werden vor allem von den Sozialversicherungsträgern betrieben und ein weiterer Bereich, das Pflegegeld, wird größtenteils über die Sozialversicherung verteilt, ein theoretisch ebenfalls eingliederbarer Bereich. Zudem liegt ein wichtiger Schlüssel für Einsparungen im gesamten Gesundheitswesen im extramuralen Bereich. Intelligente Lösungen in Prävention, Gesundheitsförderung und Primärversorgung sowie extramuraler Sekundärversorgung können entscheidend dazu beitragen, an jeweils nachgeschalteten Stellen Kosten zu verringern.

Diese bereits existierenden Strukturen sollten daher konsequenterweise zunächst genutzt werden, um eine Finanzierung aus einer Hand zu ermöglichen. Damit einhergehend ist aus ökonomischer Sicht die Trennung in Anbieter und Nachfrager sinnvoll. Das System der Krankenkassen und des Hauptverbandes soll zusammen mit dem Patienten jene Leistungen nachfragen, die der Patient benötigt, und zwar unabhängig vom Setting der Erbringung. Dieses Setting muss sich nach den

Bedürfnissen des Patienten insofern gestalten, dass es seinen medizinischen Bedürfnissen gerecht wird und gleichzeitig die effizienteste Lösung darstellt.

Dies wird durch die kostendeckende Ausgestaltung des LKF-Systems und seiner Harmonisierung mit dem System extramuraler Leistungen gefördert. Leistungen, die intra- wie extramural erbracht werden können, werden nun dort nachgefragt, wo sie am günstigsten sind. Anbieter, die nicht in der Lage sind, kostendeckend zu arbeiten, erhalten Anreize, ihre Prozesse effizienter zu gestalten. Die Trägerstruktur wird somit sekundär.

Die Überantwortung von Steuermitteln an die Sozialversicherungsträger in Verbindung mit zu verhandelnden Zielvorgaben soll der Gesundheitspolitik ein Steuerungsinstrument in die Hand geben und gleichzeitig Reformbemühungen im Bereich Kassen und Hauptverband bei den Kostenträgern enthalten.

Die Forderung nach einem totalen Systemwechsel zu einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem in Österreich ist vereinfachend und geht zum Teil an den Fakten vorbei. Die klassische Trennung zwischen steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten und Sozialversicherungssystemen verschwimmt zusehends, da Länder beider Traditionen versuchen, die Nachteile des eigenen, historisch gewachsenen Systems mithilfe der Übernahme von Elementen des jeweils anderen auszugleichen. Dies muss mit Bedacht unternommen werden, da das Gesundheitswesen in den einzelnen europäischen Ländern keinesfalls isoliert betrachtet werden darf. Dies betrifft unter anderem die staatliche Organisation, die Struktur von Steuern und Abgaben, die natürlichen geographischen Voraussetzungen genauso wie historische und kulturelle Faktoren und die Präferenzstruktur der Bevölkerung.

Für Österreich stellt sich nicht die grundsätzliche Frage eines Systemwechsels. Es erscheint viel dringlicher, die sattsam bekannten Strukturängel konsequent zu beseitigen. Dabei können und sollen durchaus Elemente anderer Gesundheitssysteme einfließen, welche aber in den österreichischen Kontext eingepasst werden müssen.

Die entscheidenden Reformen in Richtung klarer Trennung von Anbietern und Nachfragern, Vereinigung von Mitteln und Kompetenzen in einer Hand und daraus resultierender richtiger Verwendung der Mittel mit den entsprechenden Reformen auf der Leistungserbringungsseite ist eine absolute und dringende Notwendigkeit.

Die jüngste Anhebung der Sozialversicherungsbeiträge und die gute Konjunktur sollten für die notwendigen Strukturreformen, welche mit startup-Kosten verbunden sind, genützt werden.

An der weiteren Zunahme der gesunden Lebenserwartung und den Segnungen des raschen medizinischen Fortschritts wird die gesamte Bevölkerung aufgrund der damit verbundenen steigenden Kosten in naher Zukunft nur durch konsequente, nicht beharrungsorientierte Reformen und den daraus folgenden Effizienzsteigerungen teilhaben können.

Rückfragehinweis:

IHS, Stumpergasse 56, 1060 Wien, Fax: 01/59991-162, <http://www.ihs.ac.at>

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer, felderer@ihs.ac.at, Tel.: 01/59991-125
Dr. Thomas Cypionka, thomas.cypionka@ihs.ac.at, Tel.: 01/59991-127
Tanja Gewis (Public Relations), gewis@ihs.ac.at, Tel.: 01/59991-122



Anhang: Staatliche Gesundheitsdienste vs. Sozialversicherungssysteme

In den Diskussionen der letzten Wochen wurden wiederholt Überlegungen angestellt, ob nicht das Österreichische Gesundheitswesen in einen steuerfinanzierten Gesundheitsdienst umgewandelt werden sollte. Dabei wurde gerne als Vorbild das Dänische Gesundheitswesens genannt.

Grundsätzlich muss bei Gesundheitssystemvergleichen jedoch berücksichtigt werden, dass eine ganze Reihe von Faktoren für die scheinbaren Vorteile des einen oder anderen Systems verantwortlich sind, welche nicht durch das Gesundheitswesen alleine mitübernommen werden, wie soziale, kulturelle oder politische Gegebenheiten. Zudem ist es weniger die „Gattung“ eines Gesundheitswesens, die primär für seine Erfolge oder Fehler verantwortlich ist, sondern die spezifischen Ausprägungen und Lösungen für einzelne Probleme, die jeweils dem einen oder anderen System leichter fallen. So sind auch das englische und das italienische Gesundheitssystem steuerfinanziert, fielen jedoch in den letzten Jahrzehnten eher durch Performanceprobleme auf, während dem Sozialversicherungsland Frankreich gemeinhin hohe Qualität im Gesundheitswesen bescheinigt wird.

Viel wichtiger ist es, international nach guten Lösungen zu suchen, diese in ihrem Zusammenhang zu verstehen und für den österreichischen Hintergrund zu adaptieren (transkontextuale Anpassung). Daher verwundert es auch nicht, dass klassische Elemente der beiden Systemfamilien zunehmend in die jeweils anderen eingebaut werden. So geht der Trend bei den Staatlichen Gesundheitsdiensten z.B. in Richtung verstärkter Einbindung privater Leistungserbringer, in einigen Sozialversicherungsländern steigt der Steueranteil, um die Einnahmenbasis zu verbreitern.

Sozialversicherungssysteme und (steuerfinanzierte) Staatliche Gesundheitsdienste haben beide Vor- und Nachteile und existieren daher weltweit nebeneinander. Dabei besteht eine Art Kontinuum zwischen diesen beiden Systemen, das in Staaten wie Frankreich oder Deutschland eine vorwiegend sozialversicherungsbasierte, im Vereinigten Königreich, Skandinavien und Südeuropa eine vorwiegend steuerfinanzierte Ausprägung findet. Länder wie Österreich oder Belgien sind Mischsysteme, da beispielsweise im Gegensatz zu Deutschland in Österreich ein Großteil der Spitals- und Pflegeleistungen steuerfinanziert ist.

Bei steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitsdiensten gibt es eine Vielzahl von Ausprägungen wie die Finanzierung durch Steuern gewährleistet wird:

- Direkte vs. indirekte Steuern als Einnahmequellen
- Lokale vs. Nationale Steuern
- Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen vs. dedizierte Gesundheitssteuern

Einhebung auf lokalem Niveau erzeugt eine höhere Verantwortlichkeit (accountability), höhere Transparenz und höhere Responsiveness (Reaktion auf die Präferenzen der Bevölkerung), nationale Budgetziele schlagen nicht so direkt auf das Gesundheitswesen durch. Allerdings erzeugt diese Form der Einhebung eine geringe Reformfreudigkeit, da lokale Politiker dazu neigen lokale Arbeitsplätze zu verteidigen (Wähler!). Zudem besteht eingeschränkte horizontale Gerechtigkeit, da in strukturschwachen Regionen weniger Mittel zur Verfügung stehen als in reicheren Regionen. Schweden oder Dänemark gleichen dies beispielsweise durch Bezuschussung einzelner Regionen mittels nationaler Steuern aus.

National eingehobene Steuern erzeugen durch pooling eine ausgeglichene horizontale Gerechtigkeit (equity), das Gesundheitswesen muss aber mit anderen Budgetzielen

konkurrieren. Daher ist der Leistungsumfang mitunter raschen politischen Veränderungen in beiden Richtungen unterworfen (Leistungseinschränkung aufgrund Budgetdisziplin, Ausweitung zugunsten bestimmter Gruppen als „Wahlzuckerl“). Damit ist das Gesundheitswesen stärker dem politischen Spiel ausgesetzt. In Erinnerung sind dabei vor allem die Probleme des NHS in England, wo diese Budgetdisziplin zu für Europa sonst ungewohnt scharfen Rationierungen führte. In der großangelegten NHS-Reform wird daher in Zukunft mehr auf lokale Lösungen gesetzt werden.

Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen ermöglicht im Gegensatz zu dedizierten Gesundheitssteuern eine flexiblere Mittelzuteilung und eine breite Einnahmenbasis. Dedizierte Steuern für das Gesundheitswesen wiederum erzeugen eine höhere Akzeptanz in der Bevölkerung und schützen vor Begehrlichkeiten anderer Ressorts und ähneln damit den Sozialversicherungsbeiträgen, wenn als Steuerbasis das Einkommen gewählt wird.

Die Sozialversicherung wiederum garantiert eine höhere Konstanz im Leistungsspektrum und höhere Resistenz gegen politische Begehrlichkeiten und Moden. Die Transparenz für den Versicherten ist hoch, da die Beiträge von Natur aus dediziert sind, er weiß, dass er für seine Gesunderhaltung zahlt, was auch die Akzeptanz erhöht. Auch die Responsiveness (Ansprechen auf die Bedürfnisse) ist hoch, da es sich um einen Versicherungsanspruch handelt, der von einer Selbstverwaltungskörperschaft erbracht wird. Allerdings ist dieser Effekt mutmaßlich bei Kassenwettbewerb noch höher. Zu den Nachteilen zählt vor allem die Einnahmenbasis. Zum einen begründet nur Arbeit einen Anspruch, was in manchen Ländern Personengruppen ausschließt. Dies gilt jedoch in Österreich kaum, da großzügige Regelungen zur Mitversicherung und Selbstversicherung bestehen. Die Sozialversicherungsbeiträge belasten allerdings ausschließlich die Arbeitskosten, was in Hinblick auf den internationalen Wettbewerb ungünstig ist. Wiederum ist hier Österreich mit seinem Mischsystem auf der Aufkommenseite besser dran: Ein Teil der Mittel im Gesundheitswesen sind Steuermittel, was hilft, die Arbeitskosten zu entlasten.

Die Transaktionskosten in Sozialversicherungssystemen sind hoch, da die Leistungen traditionell durch einzelne Vertragspartner der Versicherungen erbracht werden (public-private mix). Allerdings gehen Nationale Gesundheitsdienste wiederum vermehrt diesen Weg, was deren Kosten ebenfalls erhöhen könnte.

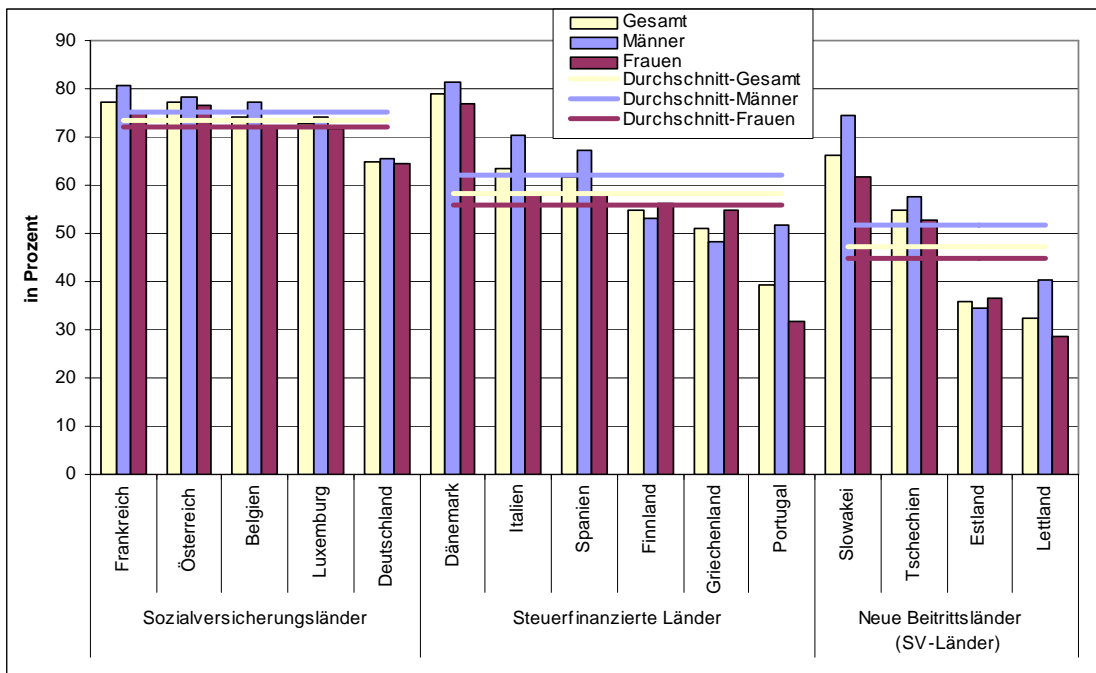
Im direkten Vergleich haben Sozialversicherungssysteme höhere Gesundheitsausgabenquoten als die steuerfinanzierten Systeme. Dies dürfte allerdings in erster Linie auf folgende Effekte zurückzuführen sein:

1. Aufgrund der Budgetdisziplin der öffentlichen Hand werden Mittel knapper zugeteilt. Dies kann zwar die Effizienz erhöhen, aber auch zur Unterversorgung führen, wie z. B. das NHS Ende des letzten Jahrhunderts zunehmend demonstrierte.
2. Die Steuerfinanzierung erzeugt leichter eine Finanzierung aus einer Hand; Neuerung wie e-health lassen sich rascher umsetzen.
3. Die Transaktionskosten in steuerfinanzierten Systemen sind geringer, da der Anteil an integrierter Erbringung, also nicht durch Vertragspartner sondern angestellte bzw. staatliche Erbringer höher ist. Gerade zugunsten einer Flexibilisierung geht der internationale Trend aber hier in Richtung mehr private Erbringer, was die Transaktionskosten auf längere Sicht anheben wird.
4. Die Angebotsseite ist in den Sozialversicherungsländern in der Regel stärker ausgebaut, also höhere Ärztedichte, Bettendichte, höhere Wahlfreiheit etc.
5. Gleichzeitig bestehen gerade aus der direkteren Verknüpfung Sozialversicherter - Sozialversicherung umfangreichere Leistungskataloge.

Das Dänische Gesundheitswesen¹

Das Dänische Gesundheitswesen wurde in der Diskussion vielfach als Vorbild für Österreich genannt. Tatsächlich liegt die Gesundheitsausgabenquote mit 8,9 Prozent des BIP um 1,3 Prozentpunkte unter der österreichischen², und die Zufriedenheit der Bevölkerung gilt dennoch als hoch. Letzteres hängt aber nicht monokausal mit der Art der Finanzierung zusammen. Die hohe Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen ist über mehrere Länder betrachtet eher ein Charakteristikum der Sozialversicherungsländer westlicher Prägung. Dies zeigt auch Abbildung 6 in der die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes als Proxy für die Zufriedenheit herangezogen wird.

Abbildung 6: Anteil der über 15Jährigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen, 2002



Quelle: Health System Watch IV-2004, IHS HealthEcon.

Die niedrigeren Gesundheitsausgaben sind in Dänemark hingegen unter anderem auf einige Merkmale zurückzuführen, die zum Teil für Österreich schon lange gefordert, aber noch nicht ausreichend umgesetzt werden:

Der Akut-Spitalssektor ist ganz deutlich schlanker mit weitaus niedrigerer Bettendichte, niedrigerer Aufnahmequote und höherer Auslastung, vgl. Tabelle 1: Die Akutbettendichte in Österreich ist doppelt so hoch wie in Dänemark und dem Durchschnitt der übrigen westlichen NHS-Länder, liegt aber auch um fast 20 Prozent über dem mittleren Wert der übrigen Sozialversicherungsländer. Auch bei den Aufnahmen in Akutspitäler unterscheidet sich Österreich deutlich von der restlichen EU, unabhängig von der Systemkomponente. Kamen im Jahr 2004 in Österreich im Durchschnitt fast 30 Akutspitalsaufnahmen auf 100 Einwohner, waren es im EU-Durchschnitt nur rund 17.

Die Belastung der öffentlichen Hand ist prozentuell gesehen deutlich höher. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben liegen in Dänemark mit knapp 83 Prozent um rund sieben Prozentpunkte über dem österreichischen Vergleichswert von 75,7 Prozent.

¹ Der Exkurs ist mediumsbedingt nur exemplarisch.

Tabelle 1: Kennzahlen der Akut-stationären Versorgung im Vergleich, 2004

	Österreich	Dänemark	EU-SHI-6	EU-NHS-9
Akutbetten, pro 100.000 EW	601*	311	504	294
EU-SHI=100	119	62	100	58
EU-NHS=100	205	106	172	100
Aufnahmerate, pro 100 EW	29	18**	18	16
EU-SHI=100	160	99	100	89
EU-NHS=100	180	111	113	100
Verweildauer, in Tagen	6,4*	3,4	7,4	6,0
EU-SHI=100	85	46	100	81
EU-NHS=100	105	56	123	100
Belagsrate, in Prozent	76,2	84,0**	74,3	77,7
EU-SHI=100	103	113	100	105
EU-NHS=100	98	108	96	100

Anmerkungen:

EU-SHI-6: Sozialversicherungsländer der EU15 (AUT, BEL, FRA, GER, LUX, NED)

EU-NHS-9: Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme der EU15 (DEN, FIN, GRE, IRE, ITA, POR, SPA, SWE, UK)

*2003, **2001

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2007.

Die Lebenserwartung bei Geburt liegt hingegen in Dänemark deutlich unter jener in Österreich. Dänen erwarten bei Geburt 1,2 Jahre weniger als Österreicher (76,4 Jahre, OECD Health Data), bei Frauen beträgt der Unterschied sogar 2,2 Jahre (Österreich 82,1 Jahre, OECD Health Data). Punkto Säuglingssterblichkeit sind die Unterschiede marginal, was nur ein Hinweis darauf sein soll, dass ein bloßer Zahlenausschnitt kein gültiges Bild ergibt. In Dänemark ist außerdem die Abdeckung von Leistungen geringer, es bestehen erhebliche Zuzahlungen bei Medikamenten und nicht-ärztlichen Leistungen, bzw. deutliche Wartezeiten auf Elektivoperationen.³ Die Wahlfreiheit ist insgesamt geringer. Privatarzthonorare sind in der Regel gar nicht erstattungsfähig, zusammen mit einer strengen Quotenregelung für Behandlungslizenzen, was die Wege für Patienten zum Teil deutlich verlängert.⁴ Ärztliche Nebenbeschäftigungen sind streng geregelt.

Dennoch hat das Dänische Gesundheitswesen tatsächlich innovative Elemente entwickelt, und kann diesbezüglich als Vorbild dienen. So trägt der bereits vor Jahren getätigte mutige Schritt zu einem weithin genutzten Gesundheitsdatennetzwerk mit der Plattform sundhed.dk zu Effizienzsteigerungen bei.⁵ Gruppenpraxen und Praxisnetze sind weit verbreitet und ermöglichen vielerorts eine 24-Stunden Betreuung im niedergelassenen Bereich. Schon lange wird dem Fach Allgemeinmedizin eine hohe Bedeutung zugemessen. Beim Medikamentenverbrauch hat Dänemark mit 9,4 Prozent (in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben) die geringsten Kosten in ganz Westeuropa.

² Berechnungen nach dem System of Health Accounts (SHA) der OECD.

³ Siehe dazu IHS Health System Watch I/2007.

⁴ Dies ist auch ein klassisches Beispiel für die Relativität von Zahlenvergleichen: Dänemark hat eine weitaus geringere Fläche ohne nennenswerte Berge und damit von Natur aus weniger Bedarf an Vorhaltekapazitäten als Österreich.

⁵ Siehe IHS Health System Watch I/2007.