

## URSACHEN FÜR KOSTENSTEIGERUNGEN UND ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

1. Die Welt ist „globalisiert“ – das Gesundheitswesen auch.....	94
2. Ein Blick zurück: Wie haben sich die österreichischen Ausgaben entwickelt? .....	97
3. Warum steigen die Ausgaben? .....	102
4. Resümee .....	109

Auszug aus WISO 1/2009

**isw**

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: [wiso@akooe.at](mailto:wiso@akooe.at)

Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

**Monika Riedel  
Gerald Röhrling**

**Institut für höhere  
Studien,  
IHS, Wien**

### 1. Die Welt ist „globalisiert“ – das Gesundheitswesen auch

*Herausforderungen  
Demografie und  
medizinisch-  
technischer  
Fortschritt ...*

Die Gesundheitssysteme der westlichen Industrieländer sehen sich im Wesentlichen sehr ähnlichen Herausforderungen gegenüber, deren beide markantesten mit den Schlagworten demografische Verschiebungen und medizinisch-technischer Fortschritt charakterisiert werden können. Befürchtet wird, dass das Zusammenspiel eines steigenden Anteils älterer, krankheitsanfälligerer und nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt aktiver Bevölkerung mit einem sinkenden Anteil wirtschaftlich produktiver Bevölkerung eine Art schleichende Zeitbombe für die Finanzierbarkeit des Gesundheitssektors darstellt. Zudem existieren unterschiedliche Einschätzungen darüber, ob die Weiterentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts zur Entschärfung oder schlussendlich sogar zur Zündung dieser Zeitbombe beitragen wird.

*... stellen sich  
praktisch in allen  
Industrieländern*

Die Frage nach dem besten Weg, diese Herausforderungen langfristig und auf sozial verträgliche Weise finanziell in den Griff zu bekommen, stellt sich praktisch in allen Industrieländern, sodass unterschiedliche Haltungen zur weiteren Entwicklung des Gesundheitswesens nicht selten mitbestimmend für den Ausgang politischer Wahlen waren. Die deutsche Diskussion um Pauschalprämien- versus Bürgerversicherungsmodell und der medienwirksame Schlagabtausch zwischen den US-amerikanischen Präsidentschaftskandidaten McCain und Obama sind aktuelle Beispiele, die zeigen, wie sehr auch das Gesundheitswesen politisch wie alltagspraktisch keineswegs mehr isoliert nationalstaatlich geregelt werden kann: Politisch nicht nur, weil Themen wie eben Pauschalprämien in die heimische Politdiskussion übernommen werden, sondern noch viel unmittelbarer, da sich Länder wie auch Österreich durch die EU-Mitgliedschaft und das Eingehen internationaler Verträge zu Maßnahmen kommittieren, die das Gesundheitswesen mitgestalten (vgl. Riedel 1998).

Alltagspraktisch muss das Gesundheitssystem als globalisiert angesehen werden, da neue Entwicklungen durch den verbreiteten Einsatz neuer Medien praktisch ab ihrer jeweiligen Stunde null weltweit bekannt sind. Dies betrifft den medizinisch-technischen Fortschritt nicht nur auf Seiten der praktizierenden und forschenden Mediziner und anderer Anbieter am Gesundheitsmarkt, sondern gilt zunehmend auch auf Seiten der nachfragenden Patienten oder Krankenversicherten, insbesondere zur Information über gesundheitsrelevante Aspekte. Überdies übersteigt die Migration bei Pflegekräften, aber auch Ärzten jene vieler anderer Berufsgruppen (vgl. OECD 2008). Planbare Leistungen werden zunehmend in günstigere Länder ausgelagert. Europäisches Beispiel für Letzteres ist der „Gesundheitstourismus“ bei Zahnbehandlungen und Schönheitschirurgie; einzelne US-amerikanische Versicherungen beginnen bereits, aus Kostengründen Versicherte auch bei ernsten Erkrankungen in Thailand oder Indien operieren zu lassen.

*Gesundheitssystem  
muss als  
globalisiert  
angesehen  
werden*

*„Gesundheits-  
tourismus“*

Bei dieser Vielzahl von Vernetzungen zwischen den Gesundheitssystemen einzelner Länder liegt es nahe, Ursachenforschung für die Kostenentwicklung in der Vergangenheit ebenfalls auf internationaler Ebene zu betreiben. Eine Reihe von Zeitreihenanalysen der vergangenen Gesundheitsausgaben<sup>1</sup>, die kontinuierlich methodisch weiterentwickelt wurden, vermittelt das folgende Bild:

- Gesundheitsgüter sind insofern als Luxusgüter anzusehen, als sie in vielen Schätzungen mit einer Einkommenselastizität von größer eins verbunden sind, Ausgaben für Gesundheitsgüter sind also einem stärkeren Wachstum unterlegen als das Einkommen bzw. die Gesamtwirtschaft. Dies korrespondiert mit dem Befund, dass laut Gesundheitsdaten der OECD in lediglich zwei Ländern der BIP-Anteil des Gesundheitswesens noch in vergleichbarer Höhe liegt wie vor 20 Jahren (vgl. Hartwig 2008).
- „Alterung“, üblicherweise gemessen anhand von Bevölkerungsanteilen breiter Altersgruppen wie der der unter 15-

*Gesundheits-  
ausgaben  
wachsen  
schneller als BIP*

Jährigen, 15 bis 64-Jährigen, über 65-Jährigen, hat in der Vergangenheit keinen großen Erklärungsbeitrag zum Ausgabenanstieg geliefert.

- Institutionellen und angebotsseitigen Effekten sowie Preiseffekten wurde zwar durchaus Einfluss auf die Ausgabenentwicklung zugemessen, diese Effekte waren aber teilweise widersprüchlich oder kontraintuitiv. Dies dürfte sich zum einen durch die doch international unterschiedlichen Spezifika der Gesundheitssysteme erklären, zu einem bedeutenden Teil jedoch auch durch Mess- und Datenprobleme. Zudem lassen manche der verwendeten Variablen verschiedene Erklärungsmuster zu. Vor diesem Hintergrund ist es nur zu begrüßen, dass sich die Datensituation insbesondere durch die Bestrebungen der OECD stetig verbessert, beispielsweise dadurch, dass eine steigende Anzahl von Ländern einheitliche Ausgabendefinitionen gemäß System-of-Health-Accounts (SHA) anstrebt (vgl. OECD Health Data und [www.oecd.org](http://www.oecd.org)).

Die jüngere Forschung zum Thema nimmt sich hauptsächlich ökonomischer Fragenstellungen an, wie (Nicht-) Stationarität, Unit-Roots und Strukturbrüche von Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt, ohne jedoch bislang einen überzeugenden neuen Erklärungsbeitrag zum Wachstum der Gesundheitsausgaben liefern zu können (vgl. hierzu etwa die Diskussion in Hartwig 2008). Clemente et al. 2004 weisen darauf hin, dass private und öffentliche Ausgaben für Gesundheit unterschiedlich auf gesundheitspolitische Maßnahmen reagieren, ein zwar sehr naheliegender Umstand, der aber dennoch in der wissenschaftlichen Diskussion der Gesamtausgabenentwicklung bislang erst wenig beachtet wurde. Einen inhaltlichen Erklärungsbeitrag liefert Hartwig 2008, der OECD-Gesundheitsdaten einsetzt, um die Baumol'sche Kostenkrankheit als Erklärungsansatz zu testen, dass also Lohnsteigerungen aus der (produktiver werdenden) Gesamtwirtschaft in den (produktivitätsmäßig hinterherhinkenden) Gesundheitsbereich übernommen werden, was gemeinsam mit dem stabilen bis wachsenden Bedarf an Gesundheitsgütern in Kosten-

steigerungen resultiert. Seine Befunde unterstützen diesen Erklärungsansatz, was ihn zum Schluss führt, dass sich daher der Gesundheitspolitik nur wenige Ansatzpunkte für die Eindämmung von Kostensteigerungen bieten. Als wichtigsten verbleibenden Ansatzpunkt sieht er die Steigerung der Produktivität im Gesundheitswesen, sei es durch arbeitssparenden Kapitaleinsatz oder durch verbesserte Organisationsstrukturen.

## **2. Ein Blick zurück: Wie haben sich die österreichischen Ausgaben entwickelt?**

Die historische Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich seit dem Jahre 1970 zeigt sowohl in Relation zur Wirtschaftsleistung als auch auf Pro-Kopf-Niveau einen deutlichen Anstieg, vgl. Tabelle 1. Auch wenn sich über einen so langen Zeitraum konkrete Berechnungskonzepte und Abgrenzungen ändern, bleibt doch die Aussage bestehen, dass sich die „Quote“ in etwa verdoppelt hat und bei den Pro-Kopf-Ausgaben ein noch markanterer Anstieg vorliegt. Seit dem Jahre 2005 erfolgt in Österreich die Implementierung des OECD-System-of-Health-Accounts (SHA)<sup>2</sup> zur Berechnung der Gesundheitsausgaben; im Zuge dieser Neuberechnungen wurden die Ausgaben von Statistik Austria bis in das Jahr 1990 zurückgerechnet. Die Werte vor 1990 basieren auf dem Berechnungskonzept nach ESVG-79<sup>3</sup>, bei dem beispielsweise Ausgaben der Länder und Gemeinden für Fonds-krankenanstalten sowie Ausgaben für Langzeitpflege nicht berücksichtigt wurden.

*seit 2005 OECD-System-of-Health-Accounts*

Die Entwicklung seit 1990 – basierend auf SHA – illustriert einen realen Pro-Kopf-Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben von rund 60 Prozent, die Gesundheitsausgabenquote in Relation zur Wirtschaftsleistung wuchs um 1,7 Prozentpunkte oder 20 Prozent. Bei Betrachtung einer gleich langen Zeitperiode vor 1990 (1973 – 1989) ist zu erkennen, dass sich die Pro-Kopf-Ausgaben fast verdoppelt haben, während die Ausgabenquote ebenfalls um 1,7 Prozentpunkte wuchs. In

*seit 1990 realer Pro-Kopf-Anstieg von rund 60 Prozent*

*in letzten 10  
Jahren  
Gesundheits-  
ausgaben bei  
rund 10 % des  
BIP*

Relation zur Wirtschaftsleistung war der Anstieg der erfassten Ausgabenbereiche in den letzten 16 Jahren also keineswegs stärker ausgeprägt als in den 16 Jahren davor. In den letzten zehn Jahren ist eine Stagnation auf hohem Niveau bei rund zehn Prozent des Bruttoinlandsproduktes festzustellen. Im europäischen Vergleich rangiert Österreich 2006 unter den Ländern mit den höchsten Ausgabenquoten; nur die Schweiz, Frankreich und Deutschland mit ähnlich organisierten Sozialversicherungssystemen geben deutlich mehr aus, Länder mit vorwiegend steuerfinanziertem Gesundheitssystem in der Regel weniger.

*Tabelle 1: Entwicklung von Kennzahlen im Gesundheitswesen*

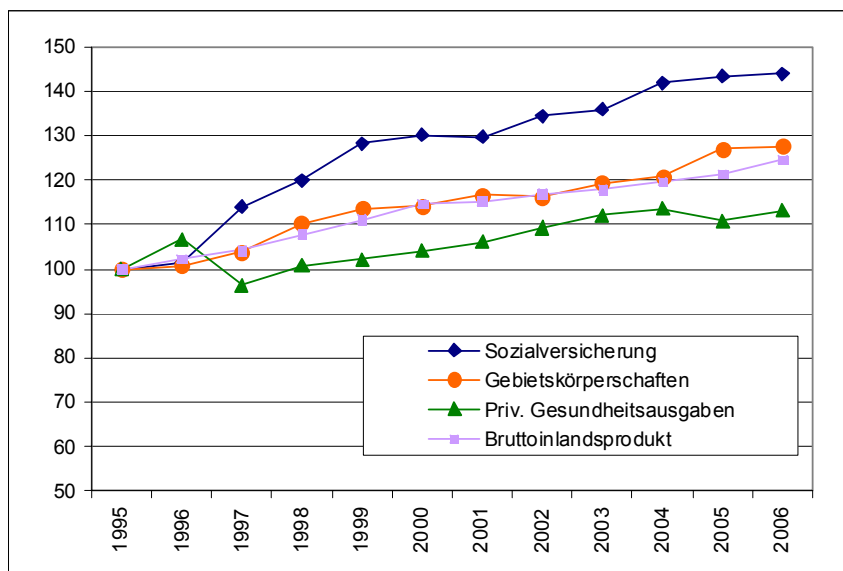
	1970	1980	1990	2000	2006
<b>Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP</b>					
Österreich	5,2	7,5	8,4	9,9	10,1
Belgien	3,9	6,3	7,2	8,6	10,3
Deutschland	6,0	8,4	9,6 <sup>a</sup>	10,3	10,6
Frankreich	5,4	7,0	8,4	10,1	11,0
Luxemburg	3,1	5,2	5,4	5,8	7,3
Niederlande	6,9 <sup>b</sup>	7,4	8,0	8,0	9,5 <sup>c</sup>
Schweiz	5,4	7,3	8,2	10,3	11,3
<b>Öffentliche Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben</b>					
Österreich	63,0	68,8	72,8	75,8	76,2
Belgien	n.v.	n.v.	79,5 <sup>d</sup>	n.v.	n.v.
Deutschland	72,8	78,7	81,5 <sup>a</sup>	79,7	76,9
Frankreich	75,5	80,1	76,6	79,4	79,7
Luxemburg	88,9	92,8	93,1	89,3	90,9
Niederlande	60,2 <sup>b</sup>	69,4	67,1	63,1	62,5 <sup>e</sup>
Schweiz	n.v.	50,3 <sup>f</sup>	52,4	55,6	60,3
<b>Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf, US\$ 2000 KKP</b>					
Österreich	704	1434	1975	2859	3161
Belgien	543	1188	1657	2377	3075
Deutschland	944	1735	2207 <sup>a</sup>	2671	2888
Frankreich	719	1264	1812	2542	2964
Luxemburg	n.v.	n.v.	n.v.	2554	3469
Niederlande	n.v.	1426	1835	2337	2854
Schweiz	1261	1889	2499	3256	3782

Anmerkungen: OECD-System-of-Health-Accounts: Österreich: ab 1990; Deutschland: ab 1992; Frankreich, Schweiz: ab 2000; Belgien, Luxemburg, Niederlande: 2006. <sup>a</sup>1992, <sup>b</sup>1972, <sup>c</sup>2004, <sup>d</sup>1996, <sup>e</sup>2002, <sup>f</sup>1985

Quelle: OECD Health Data, Dezember 2008, eigene Darstellung.

Weiters kann konstatiert werden, dass die öffentliche Hand bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben eine zunehmend starke Rolle einnimmt; so stieg der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Ausgaben von 1990 auf 2006 um mehr als drei Prozentpunkte auf 76,2 Prozent an. Die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben erfolgte im Jahre 2006 zu knapp 45 Prozent über die soziale Krankenversicherung bzw. zu rund 32 Prozent über Gebietskörperschaften; die realen Sozialversicherungsausgaben pro Kopf waren in der Beobachtungsperiode 1995–2006 mit einer Steigerung um 44 Prozent dem stärksten Wachstum ausgesetzt, vgl. Abbildung 1.

Abbildung 1: Finanziers der Gesundheitsausgaben, Euro pro Kopf, zu Preisen 2000, Index 1995 = 100



Quelle: OECD Health Data, Dezember 2008, eigene Darstellung.

Die Hauptausgabenbereiche der sozialen Krankenversicherung stellen 2007 mit rund 29 Prozent die Anstaltspflege<sup>4</sup>, mit rund 25 Prozent die Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (inkl. Spitalsambulanzen) und mit rund 21

*Hauptausgabenbereiche der sozialen Krankenversicherung*

*Hauptausgabenbereiche der sozialen Krankenversicherung* Prozent Heilmittelausgaben dar, vgl. Tabelle 2. Gegenüber 1970 sind deutliche Anteilsverschiebungen festzustellen: So flossen beispielsweise im Jahre 1970 nur rund 22 Prozent der gesamten Ausgaben in den stationären Sektor, obwohl inzwischen die Zahlungen der sozialen Krankenversicherung an das Wachstum der Beitragseinnahmen gekoppelt sind und somit einen „Deckel“ besitzen. Auch der Anteil der Heilmittelausgaben wuchs seit 1970 um rund fünf Prozentpunkte oder jahresdurchschnittlich um 8,4 Prozent, trotz regelmäßiger Kostendämpfungsmaßnahmen der öffentlichen Hand. Darüber hinaus ist dieser Anteil unterschätzt, da sich ein Teil der Ausgaben für Heilmittel im Spitalssektor „versteckt“. Andere Ausgabenbereiche verlieren an Bedeutung; beispielsweise die finanzielle Absicherung gegen krankheitsbedingten Lohnausfall (Krankengeld), die einst ein Hauptargument für die Gründung der sozialen Krankenversicherung darstellte, macht gegenwärtig nur mehr knapp drei Prozent der Gesamtausgaben aus.

*Krankengeld macht nur mehr knapp drei Prozent der Gesamtausgaben aus*



*Tabelle 2: Ausgaben der sozialen Krankenversicherung nach Bereichen*

	1970	2007	Anteile 1970	Anteile 2007	JWTR 70-07 in %	JWTR 70-90 in %	JWTR 90-07 in %
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>863</b>	<b>13.178</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>7,6</b>	<b>9,5</b>	<b>5,5</b>
<b>Versicherungsleistungen</b>	<b>806</b>	<b>12.402</b>	<b>93,4</b>	<b>94,1</b>	<b>7,7</b>	<b>9,5</b>	<b>5,5</b>
Anstaltspflege	189	3.758	21,9	28,5	8,4	11,2	5,2
Ärztliche Hilfe u. gleichgestellte Leistungen	218	3.224	25,3	24,5	7,6	9,7	5,1
Heilmittel (Arzneien)	143	2.822	16,6	21,4	8,4	8,4	8,4
Zahnbehandlung und Zahnersatz	61	745	7,1	5,7	7,0	10,3	3,3
Mutterschaftsleistungen	48	503	5,6	3,8	6,6	9,1	3,6
Krankengeld	95	425	11,0	3,2	4,1	4,7	3,4
Medizinische Rehabilitation	-	260	-	2,0	-	-	-
Heilbehelfe und Hilfsmittel	12	236	1,4	1,8	8,4	12,6	3,6
Fahrtspesen und Transportkosten	11	181	1,3	1,4	7,9	11,1	4,1
Gesundheitsförderung u. -festigung, Krankheitsvhtg., Früherkennung	15	168	1,7	1,3	6,7	10,9	2,1
Sonstige Leistungen (u.a. med. Hauskrankenpflege)	14	79	1,6	0,6	4,8	-1,2	12,3
<b>Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand</b>	<b>42</b>	<b>373</b>	<b>4,9</b>	<b>2,8</b>	<b>6,1</b>	<b>8,7</b>	<b>3,1</b>
<b>Sonstige Ausgaben</b>	<b>15</b>	<b>402</b>	<b>1,7</b>	<b>3,1</b>	<b>9,3</b>	<b>11,2</b>	<b>7,1</b>

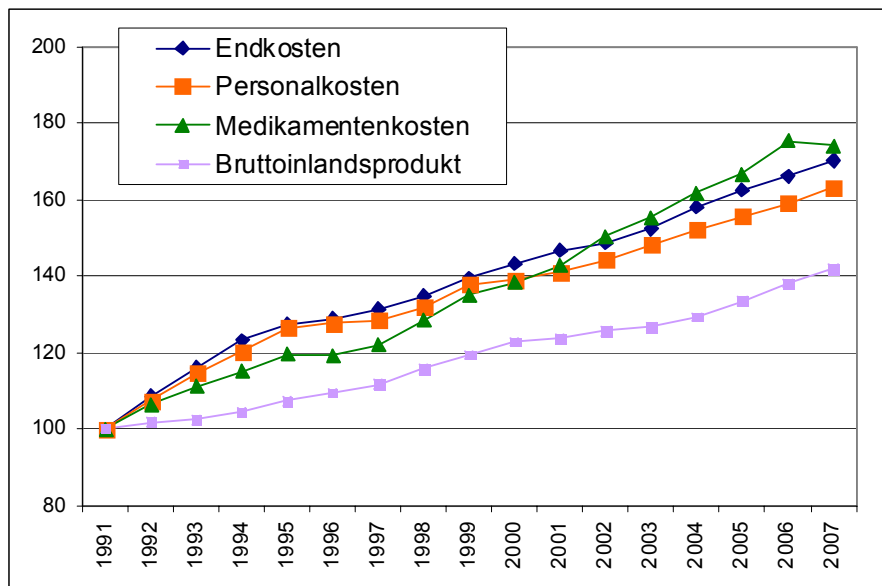
JWTR: Jahresdurchschnittliche Wachstumsrate

Quelle: HVSV: Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung 1970–2008, eigene Darstellung.

Auf Seiten der Mittelverwendung zeigt sich im österreichischen Gesundheitswesen eine deutliche Spitalslastigkeit; rund 41 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben können dem stationären Sektor zugerechnet werden (vgl. OECD Health Data, Dezember 2008). Gründe dafür sind unter anderem die immer noch sehr hohe Akutbettendichte, die höchste Aufnahme rate innerhalb der EU-Staaten sowie ungenutzte Produktivitätsspielräume (vgl. Czipionka et al. 2008). Trotz des „Deckels“ auf den Krankenversicherungsausgaben für Spitäler besteht in diesem Bereich ein ungebrems ter Kostenanstieg, in Abbildung 2 dargestellt anhand der Ausgaben in den Fondsspitalern. Lediglich im Vorfeld der LKF<sup>5</sup>-Einführung (1997) stagnierten die Ausgaben kurzzeitig. Das Wachstum der realen gesamten Endkosten<sup>6</sup> sowie der beiden wichtigen

Teilaggregate Personal- und Medikamentenkosten liegt deutlich über jenem des Bruttoinlandsproduktes. Im letzten Beobachtungsjahr konnte zwar dem zuvor stärkeren Ausgabenwachstum bei Medikamenten Einhalt geboten werden, es bleibt aber abzuwarten, ob diese Entwicklung nachhaltig ist.

Abbildung 2: Kostenentwicklung in den österreichischen Fondsspitalern, zu Preisen 2000, Index 1991 = 100



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, OECD Health Data, Dezember 2008, Statistik Austria, eigene Darstellung.

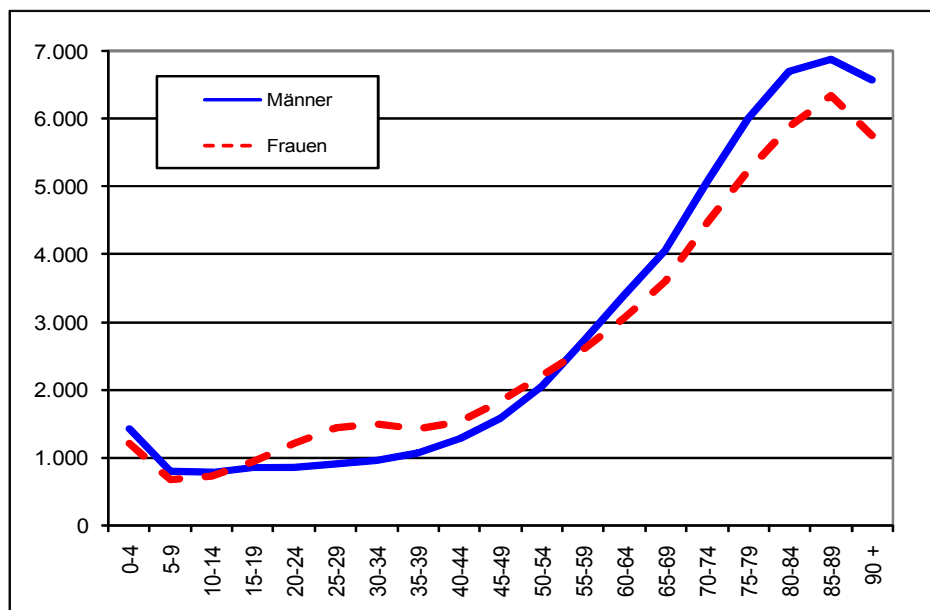
### 3. Warum steigen die Ausgaben?

Die Ursachenforschung für die Ausgabenentwicklung in der Vergangenheit wird zu einem großen Teil von der Sorge um die zukünftige Finanzierbarkeit angetrieben. Die meisten Vorausschätzungen der Gesundheitsausgaben berücksichtigen primär Effekte einer alternden Bevölkerung; erst in den letzten Jahren wird zusehends versucht, den medizinisch-technischen Fortschritt in Prognosemodelle einfließen zu lassen.

### 3.1. Der Beitrag der Demografie

Basis vieler Gesundheitsausgabenvorausschätzungen mit demografischem Ansatz sind sogenannte Altersausgabenprofile, welche die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben je Altersgruppe abbilden. Abbildung 3 zeigt das aktuelle Profil für Österreich, welches prinzipiell dem international gewohnten Bild entspricht: In der Regel steigen die Ausgaben mit zunehmendem Alter an, Ausgaben für Männer übersteigen bei Kindern und in den alten Altersgruppen jene der weiblichen Vergleichsgruppen, bei Frauen im gebärfähigen Alter zeigt das Ausgabenprofil eine leichte „Delle“ nach oben. Der Vergleich der Profile über die Zeit zeigt große Stabilität in der Struktur der Profile (vgl. Riedel, Röhrling 2007).

Abbildung 3: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung nach Altersgruppen und Geschlecht, in Euro pro Kopf, Österreich, 2006



Quelle: Institut für Höhere Studien, 2008.

Um einen Eindruck davon zu gewinnen, wie sich demografische Verschiebungen auf die zukünftigen Ausgaben auswirken könnten, werden häufig konstant gehaltene Altersprofile mit Bevölkerungsvorausschätzungen verknüpft. Eine Hochrechnung des aktuellen Profils mit drei unterschiedlichen österreichischen Bevölkerungsstrukturen (1980, 2006, 2030) zeigt folgendes Bild, vgl. Tabelle 3. Diese Berechnung hat freilich rein illustrativen Charakter, da alle anderen Determinanten für die Kostenentwicklung von allgemeiner Wirtschaftsentwicklung bis zu medizinisch-technischem Fortschritt ausgeklammert sind.

Die Berechnung illustriert, dass für das nächste Vierteljahrhundert eine weit stärkere Bevölkerungsverschiebung hin in das „teure“ Segment der über 65-Jährigen zu erwarten ist, als wir es im vergangenen Vierteljahrhundert gesehen haben. Daher werden auch weit stärker spürbare demografische Effekte auf die Ausgabenentwicklung befürchtet. Hätten wir bei stets gleichem Ausgabenprofil bereits im Jahr 2006 eine Bevölkerungsstruktur wie sie für 2030 prognostiziert wird, wäre der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen um 7,6 Prozentpunkte höher, ihr Anteil an den öffentlichen Gesundheitsausgaben aber um 10,6 Prozentpunkte – mehr als die Hälfte der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben würde dann den über 65-Jährigen zugerechnet werden. Vergleichen wir hingegen anhand der Bevölkerungsstruktur von 1980 und 2006, ändern sich Bevölkerungs- und Ausgabenanteil der über 65-Jährigen nur um knapp unter eineinhalb Prozentpunkte.

Tabelle 3: Hochrechnung des Altersprofils 2006 mit unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen, Werte in Prozent

	Einwohner			Öffentliche Gesundheitsausgaben		
	1980	2006	2030	1980	2006	2030
0-24-Jährige	36,9	28,1	24,2	17,9	12,7	9,4
25-64-Jährige	47,7	55,3	51,6	43,3	47,0	39,7
Über 65-Jährige	15,4	16,7	24,3	38,8	40,2	50,8
Alle Altersgruppen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: BMGFJ, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, PRIKRAF, Statistik Austria, eigene Darstellung.

Die hier getroffene Annahme konstanter Altersprofile unterstellt implizit, dass die prognostizierte steigende Lebenserwartung der Bevölkerung lediglich zusätzliche Jahre in schlechtem Gesundheitszustand bringen wird. Die in Gesundheit verbrachte Lebensspanne bleibt somit annahmegemäß trotz steigender Lebenserwartung konstant. Da sich der Gesundheitszustand direkt in der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit in der Ausgabenhöhe niederschlägt, kann diese Annahme als pessimistisch im Sinne von ausgabenintensiv angesehen werden (vgl. Riedel, Röhrling 2007). Deshalb werden in vielen Vorausschätzungen auch noch zusätzliche Effekte berücksichtigt, die das Ausgabenwachstum dämpfen; beispielsweise dass gewonnene Lebensjahre zumindest zum Teil in guter Gesundheit verbracht werden (= Verschiebung der Altersausgabenprofile entsprechend den Gewinnen an Lebenserwartung) oder dass ein großer Anteil der individuellen Gesundheitsausgaben vor dem Tode anfällt (= Berücksichtigung der sogenannten „Sterbekosten“).

*pessimistische Annahme*

### 3.2. Einschätzungen zum medizinisch-technischen Fortschritt

Demografische Entwicklungen, Ausweitungen des Bezieherkreises und andere quantifizierbare Effekte können in der Regel nur einen Bruchteil der beobachteten Ausgabensteigerungen für Gesundheit erklären. Der Löwenanteil des

*Löwenanteil*

Anstiegs, so die einhellige Meinung, geht auf das Konto des medizinisch-technischen Fortschritts.

Die Messung von technischem Fortschritt an sich stellt jedoch ein Problem dar, das die empirische Wirtschaftsforschung bislang nur sehr unbefriedigend gelöst hat. In einem älteren Ansatz der Literatur zum Wirtschaftswachstum, dem *growth accounting*, werden beispielsweise die quantifizierbaren Beiträge anderer Faktoren (wie steigende Anzahl und Ausbildung von Arbeitskräften) berechnet, und der nicht mehr anderen Größen zurechenbare verbleibende Rest wird kurzerhand zum Wachstumsbeitrag des technischen Fortschritts erklärt. Auch die Logik vieler moderner Regressionsrechnungen zur Erklärung des Ausgabenanstiegs im Gesundheitswesen<sup>7</sup> weicht hiervon kaum ab.

Eine zweite Variante, in empirischen Arbeiten die Wirkungen des technischen Fortschritts umfassend quantifizierbar zu machen, besteht in der ökonometrischen Formalisierung des Fortschritts als reinen Zeittrend, wobei je nach Anwendungsfeld und Schätzergebnissen sowohl lineare als auch exponentielle Formulierungen verwendet werden.

*keine  
kostendämpfende  
Rolle des  
Fortschritts*

Beiden Herangehensweisen ist gemein, dass von einer Quantifizierung des eigentlichen Beitrags des medizinisch-technischen Fortschritts keine Rede sein kann, was angesichts der vielfältigen Formen, die dieser Fortschritt annehmen kann, nicht überrascht. De facto ist für den Gesundheitsbereich sogar zweifelhaft bis unwahrscheinlich, dass hier – wie in anderen Wirtschaftszweigen – von einer kostendämpfenden Rolle des Fortschritts ausgegangen werden kann (vgl. Riedel 2002): Das übliche Dreiecksverhältnis zwischen Zahler (Krankenversicherung oder staatlicher Gesundheitsdienst) – Leistungserbringer (Arzt, Therapeut, Krankenhaus, Medizintechnik- und Pharmazeutikaproduzenten etc.) und Patient/Versichertem übt weniger Preisdruck aus als die direkte Käufer-Verkäufer-Beziehung auf anderen Märkten. Somit liegen mehr Anreize für tendenziell ausgabensteigernde Produkt- als

für kostensenkende Prozessinnovationen vor; dieses Ungleichgewicht dürfte durch die Interessenlage der beteiligten Forscher noch verstärkt werden.

Robinson und Smith 2008 erkennen dennoch einzelne Gruppen von kostensparenden Innovationen im Gesundheitsbereich, ohne deren Wirkung die Ausgabensteigerungen noch stärker als beobachtet ausfallen dürften:

*kostensparende Innovationen*

- Neue Medikamente, Tests oder andere Produkte (im Gegensatz zu Dienstleistungen), deren Herstellung oder Anwendung günstiger kommt als die ihrer Vorgänger, wie beispielsweise Generika oder vom Patienten durchführbare Blutzuckertests.
- Prozessänderungen, die die Substitution teurerer, weil höher qualifizierter durch weniger (aber ausreichend) ausgebildete Arbeitskräfte erlaubt, wie Krankenschwestern, die einzelne Ärztetätigkeiten übernehmen, oder praktische Ärzte Facharztgehilfen.
- Innovationen, die Verlagerungen hin zu weniger aufwendigen Behandlungssettings erlauben, wie vom Krankenhaus in die Tagesklinik, von der Tagesklinik in die ärztliche Praxis, und last but not least Verlagerungen in die Patientenwohnung, etwa bei chronischen Leiden.

Noch wesentlicher als einzelne Innovationen schätzen Robinson und Smith aber das Zusammenspiel verschiedener Veränderungen ein, wie die Entwicklung von Behandlungsprotokollen, durch die auf sichere Weise phasenweise ärztliche Beteiligung durch jene weniger qualifizierter Kräfte ersetzt werden kann. Allerdings kritisieren sie, dass umfangreiche Regulierungen im Gesundheitssektor potenziell kostensparende Innovationen oft mehr behindern als befördern.

In den meisten Ländern werden Ausgaben für Arzneimittel vom öffentlichen Gesundheitssystem nur für jene Medikamente übernommen, die einen genau geregelten Zulassungsprozess durchlaufen haben, im Zuge dessen auch Cost-Benefit-Überlegun-

*Entscheidung  
zur Kosten-  
übernahme für  
Behandlungs-  
und Diagnose-  
geräte oft auf  
schwacher  
Basis*

gen angestellt werden. Die Kostenübernahme für technische Behandlungs- oder Diagnosegeräte ist meist weniger genau geregelt. Eine Untersuchung von Entscheidungen zur nationalen Kostenübernahme im amerikanischen Medicare<sup>8</sup>-Bereich kam zu dem Schluss, dass die Qualität der verfügbaren Evidenz in den meisten Entscheidungsfällen wenig überraschend<sup>9</sup> nur mit *fair* oder *poor* bewertet werden konnte. Dennoch wurde in rund 60 Prozent positiv entschieden, wenn auch oft mit Einschränkungen, bezüglich Population oder Anwendungsetting (vgl. Neumann et al. 2008). Überdies kann es vorkommen, dass massives Lobbying dazu führt, dass ein aufgrund mangelnder Effektivität negativ entschiedener Fall umgehend wieder aufgenommen und schlussendlich – bei noch immer nicht belegter Effektivität, geschweige denn Kosteneffektivität – zwar mit Einschränkungen aber doch positiv entschieden wird, wie Redberg und Walsh 2008 anhand eines Fallbeispiels zeigen (*Cardiac Computed Tomographic Angiography*). Besonders befremdlich dabei ist, dass offenbar mit der Begründung argumentiert wurde, andere Verfahren mit ebenfalls ausstehendem Effektivitätsnachweis würden schließlich auch finanziert. Angesichts der eingangs skizzierten internationalen Vernetzung der Gesundheitssysteme und der hiezulande ebenfalls wenig überzeugenden Mechanismen, die Kosteneffektivität medizinisch-technischer Innovationen vor Kostenübernahme systematisch zu evaluieren, stimmen diese amerikanischen Beispiele auch für die Ausgabenwirkung von Innovationen auf die österreichischen Gesundheitsausgaben bedenklich.

### 3.3. Zukunftshoffnung E-Health?

Fragmentierte Gesundheitssysteme, große Fallzahlen und damit verbundene heterogene Datenmengen, das Bedürfnis, stets neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis zu berücksichtigen, und andere komplexe Datentransaktionen machen die Einschränkungen sichtbar, denen die Bewältigung des Informationsmanagements auf Papierbasis unterliegt. Allerdings liegen die Vorteile der Informationstechnologie im



Gesundheitsbereich nur in der Theorie so klar auf der Hand, während ihr Einsatz nach wie vor schwierig und umstritten ist und ihre Verbreitung dementsprechend eingeschränkt. In einem systematischen Review von *health information technologies* finden Chaudhry et al. 2006, dass ein Großteil der verfügbaren Peer-reviewed Literatur von vier führenden Institutionen stammt, die über viele Jahre hinweg unter Einbindung von akademischen Koryphäen in einem schrittweisen Prozess für die eigenen Bedürfnisse maßgeschneiderte Systeme entwickelt haben. Für diese Anwendungen wurden zwar oft Qualitäts- und manchmal Effizienzgewinne nachgewiesen, jedoch lassen sich unter so speziellen Umständen erzielte Ergebnisse kaum auf die breite Anwendung hochrechnen. In einer Aktualisierung dieses Review kommen Lubick Goldzweig et al. 2009 zur Auffassung, dass positive Ergebnisse, wie von den (immer noch führenden) vier Marktleadern berichtet, zwar möglicherweise durchaus auch für andere Marktteilnehmer erzielbar sein dürften; sie warnen aber mit Hinsicht auf den nahezu sicher vorliegenden *publication bias* davor, die mit IT-Anwendungen erzielbaren Qualitäts- und besonders auch Effizienzvorteile überzubewerten. Beide Reviews betonen, dass Kosteneffekte bislang weit zu selten in der seriösen Literatur evaluiert wurden, um hierzu Aussagen treffen zu können. Bereits Chaudhry et al. 2006 betonen, dass Effektivität und Verallgemeinerbarkeit aber für IT-Anwendungen im Gesundheitswesen von besonderer Wichtigkeit sind, da sie ja lediglich Werkzeuge für Gesundheitsleistungen sind und nicht per se Krankheit oder Gesundheit beeinflussen.

*IT-Anwendungen:  
Einsatz  
schwierig und  
umstritten*

#### 4. Resümee

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben wurde in Österreich von ähnlichen Faktoren geprägt wie anderswo in der entwickelten Welt: Ein geringer Beitrag der Demografie wurde von institutionellen Beiträgen wie einem wachsenden Bezieherkreis, aber insbesondere von den sich ausweitenden Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten im Einklang mit steigendem nationalem Wohlstand überlagert. Konkret welchen Bei-

*geringer Beitrag  
der Demografie*

*kaum  
hinterfragte  
Techniklastigkeit*

trag hierzu der medizinisch-technische Fortschritt und welchen das (nationale) Einkommen leisteten, ist eine ungelöste Frage, deren Beantwortung aber ohnehin nur von bedingtem Interesse ist: Erst der steigende Wohlstand ermöglicht es einer Volkswirtschaft, die zusätzlichen und in der Regel ausgabenintensiven medizinischen Möglichkeiten in statistisch relevantem Umfang einzusetzen. Weit wichtiger wäre es, Anreize zu setzen, um Forschung wie Anwendung stärker als bisher in effizienzsteigernde Bahnen zu lenken. Im Bereich der medizinischen Forschung übersteigt diese Agenda jedoch die Möglichkeiten einer kleinen und gerade im medizinischen Bereich offenen Volkswirtschaft wie Österreich, hier sind etwa gemeinsame Anstrengungen auf EU-Ebene gefragt. Wünschenswert wäre jedoch, dass es gelingt, der Umsetzung von gesamtwirtschaftlichen und wohlfahrtsstaatlichen Interessen gegenüber jenen von Firmen, Branchen oder Berufsgruppen den Vorrang zu geben: Das Wachstum der Arzneimittelausgaben wird mit großer Besorgnis gesehen, da der damit erkaufte Nutzengewinn nicht immer klar ist. Medizintechnik und möglicherweise auch EHealth werden oft vorangetrieben, ohne Effektivität und voraussichtliche Kostenwirkungen ausreichend zu beleuchten. Österreich nutzt hier jedoch nur unzureichend die bestehenden Möglichkeiten. Die punktuelle und offenbar nach wie vor kaum hinterfragte Techniklastigkeit ist bereits seit über einem Jahrzehnt bekannt, kontraintuitive Anreize in der Anbieterremuneration (für ein Beispiel vgl. Hofmarcher et al. 2005) werden nur schleppend beseitigt. Auch im Bereich der von Robinson und Smith 2008 identifizierten drei kostengünstigen Innovationsgruppen ist Österreich nicht gerade Musterschüler. All diese Beispiele sind schädlich für Niveau und Entwicklung der Gesundheitsausgaben und können die ausgabenseitige „Spitzenposition“ Österreichs (vgl. Tabelle 1) mit erklären. Systematischeres Ausnutzen der vorhandenen Spielräume könnte helfen, damit die österreichische Gesundheitspolitik zumindest den finanziellen Herausforderungen der Zukunft gelassener entgegenblicken kann.

**Anmerkungen:**

- 1 Für eine Diskussion der Studien und ihrer methodischen Unterschiede vergleiche Gerdtham, Jönsson 2000.
- 2 Das OECD-System-of-Health-Accounts (SHA) ist ein konsistentes, international vergleichbares System von Gesundheitskonten zur umfassenden Dokumentation und Erfassung von Gesundheitsausgaben (inklusive Langzeitpflege) und ihrer Finanzierung, vgl. dazu auch [www.statistik.at](http://www.statistik.at).
- 3 Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (ESVG)
- 4 Anstaltspflege umfasst in diesem Fall Verpflegskosten und sonstige Leistungen sowie die Überweisung an den Krankenanstaltenfonds.
- 5 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)
- 6 Endkosten sind um Kostenminderungen und innerbetriebliche Verrechnungen bereinigte primäre Kosten; Kostenminderungen entstehen beispielsweise durch nicht medizinische Leistungen, die von einer Krankenanstalt für spitalexterne Nachfrage (z. B. „Essen auf Rädern“, Wäscheleistungen) erbracht werden.
- 7 Vgl. die Arbeiten von Gerdtham und Jönsson.
- 8 Medicare ist das staatliche Gesundheitssystem für die Bevölkerung der Altersgruppe 65+, das oft beispielgebende Wirkung für das übrige amerikanische Gesundheitssystem hat.
- 9 Zur nationalen Entscheidung kommen nur strittige Fälle, klarere Fälle werden lokal entschieden.

**Literatur:**

- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. C., Shekelle, P. G., Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care, *Annals of Internal Medicine* 144, no. 10 (2006), 742–752.
- Clemente, J., Marcuello, C., Montanes, A., Pueyo, F., On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?, *Journal of Health Economics*, 23 (3) 2004, 589–613.
- Cypionka, T., Kraus, M., Röhring, G., Effizienz im Spitalswesen: Es bleibt noch viel zu tun ... – Qualität im Spitalswesen: Mehr oder weniger t(T)ransparent(z)?, *Health System Watch* 3/2008, in *Soziale Sicherheit* 10/2008.
- Gerdtham, U., Jönsson, B., International Comparison of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis, in: Culyer A. J., Newhouse, J. P. (Eds.). *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, Elsevier Science B..V., 2000.
- Hartwig, J., What drives health care expenditure? – Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited, *Journal of Health Economics*, 27 (3) 2008, 603–623.
- Hofmarcher, M. M., Riedel, M., Röhring, G., Ressourcenverbrauch in der EU: Sollte Österreich westlicher werden? *Health System Watch* 2/2005, 1– 6.
- Lubick Goldzweig, C., Towfigh, A., Maglione, M., Shekelle, P. G., Costs And Benefits Of Health Information Technology: New Trends From The Literature, *Health Affairs* 28, no. 2 (2009): w282–w293 (published online 27 January 2009; 10.1377/hlthaff.28.2.w282).

- Neumann, P. J., Kamae, M. S., Palmer, J. A., Medicare's National Coverage Decisions For Technologies, 1999–2007, *Health Affairs*; Nov/Dec 2008; 27, 1620–1631.
- OECD, *The looming crisis of the health workforce: How can OECD countries respond?* Paris, 2008.
- Redberg, R. F., Walsh, J., Pay Now, Benefits May Follow – The Case of Cardiac Computed Tomographic Angiography, *N Engl J Med* 359:2309, November 27, 2008.
- Riedel, M., Röhrling, G., Altersprofil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich – ein Update, *Kurswechsel* 2/2007, 46–57.
- Riedel, M., Medizinisch-technischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben. *Wirtschaft und Gesellschaft* 2/2002, 185–199.
- Riedel, M., Konsequenzen der EU-Integration für das österreichische Gesundheitswesen, *Wirtschaft und Gesellschaft* 4/1998, 503–520.
- Robinson, J. C., Smith, M. D., PERSPECTIVE: Cost-Reducing Innovation In Health Care, *Health Affairs* 27, no. 5 (2008): 1353–1356 (10.1377/hlthaff.27.5.1353).

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

# WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:\* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)  
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00  
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(\* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at))

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at).



## BESTELLSCHEIN\*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

\* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

Name \_\_\_\_\_

Institution/Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### BESTELLADRESSE:

ISW  
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz  
Tel. ++43/732/66 92 73  
Fax ++43/732/66 92 73-28 89  
E-Mail: [wiso@akoee.at](mailto:wiso@akoee.at)  
Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)