

NACHHALTIGE FINANZIERUNG UND SOLIDARITÄT IM GESUNDHEITSSYSTEM

1. Regulierung und Solidarität als gesundheitspolitische Grundkategorien	78
2. Grundsätze einer qualitativen Gesundheitspolitik	80
3. Finanzierung und Organisation des Gesundheitssystems	84
4. Nutzung von „Wirtschaftlichkeitsreserven“ im Gesundheitswesen ohne Beeinträchtigung des Versorgungsniveaus	91

Auszug aus WISO 3/2004

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Weingartshofstraße 10
A-4020 Linz, Austria

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

E-Mail: wiso@ak-ooe.at

Internet: www.isw-linz.at

Helmut Ivansits

**Leiter der Abteilung
Sozialversicherung
und Gesundheits-
politik der Kammer
für Arbeiter und
Angestellte für Wien**

1. Regulierung und Solidarität als gesundheitspolitische Grundkategorien

drei Gestaltungsoptionen Idealtypisch lassen sich drei Gestaltungsoptionen unterscheiden: privatwirtschaftlich, staatlich oder auf der Grundlage einer obligatorischen Versicherung organisierte Gesundheitssysteme. In der Realität vermischen sich diese Optionen, doch hat sich der Staat allenthalben aus den verschiedensten Gründen (Versicherungsschutz, Versorgungsqualität) Regelungskompetenzen vorbehalten.

staatliche Regulierung soll Gemeinwohl steigern Der Staat greift in den marktwirtschaftlichen Mechanismus der Bereitstellung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen ein. „Gesundheit“ wird als meritorisches Gut betrachtet, die Versorgung über den Markt für ungeeignet gehalten, eine von Einkommen und Vermögen unabhängige Absicherung im Krankheitsfall zu verschaffen. Staatliche Regulierung im Gesundheitswesen verfolgt daher vor allem das sozialutilitaristische Ziel einer Steigerung des Gemeinwohls „für die größtmögliche Anzahl“.

freier Zugang Die Entscheidung für eine der genannten Optionen bestimmt außer den Zugang zu den Leistungen auch die Finanzierung und letztlich auch Sicherungsniveau und Wirtschaftlichkeit des Systems. Staat und Sozialversicherung können den freien Zugang eher gewährleisten als ein marktwirtschaftliches System. Betrachten wir nur die Situation von Kranken in einer „Welt“ ohne Sozialversicherung oder staatlicher Vorsorge. Plötzlich auftretenden Erkrankungen kann individuell nur begrenzt durch private Vorsorge begegnet werden; private Rücklagenbildung ist zumeist nur bedingt möglich. Gesundheitsgüter und Dienstleistungen müssen vor allem in Akutfällen sofort bereitgestellt werden, weil die Betroffenen in aller Regel kaum die Zeit haben, günstigere Behandlungsalternativen zu suchen, ganz abgesehen davon, dass Kranke in ihrem Zustand in hohem Ausmaß „erpressbar“ sind. Das wird noch durch die zwischen Patienten und Ärzten herrschende „asymmetrische Information“ verstärkt, wodurch die Prüfung der

Notwendigkeit der Behandlung und der Angemessenheit des Honorars durch den Patienten unrealistisch wird.

An dieser Unsicherheit ändert auch nichts, dass es dem Einzelnen freisteht, Vorsorge am Privatversicherungsmarkt zu suchen. Hier wirken objektive (Einkommen) und subjektive (Mindereinschätzung des „Zukunftsgutes“ Gesundheit) Vorsorgeschränken, die letztlich eine staatliche Regulierung erfordern.

Sozialversicherungssysteme weisen gegenüber einer privatwirtschaftlichen Organisation wesentliche Vorteile auf: Pflichtversicherung, Ausschluss von Risikoselektion und Verhinderung von „Trittbrettfahren“, vor allem aber soziale Umverteilung nach dem Prinzip: Beiträge nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit – Leistungen nach Bedarf. Das unterscheidet die Sozialversicherung auch von der „Versicherungspflicht“ (bei privaten Versicherern), die mit „Kopfprämien“ statt mit einkommensbezogenen Beiträgen arbeitet.

*Vorteile
eines Sozial-
versicherungssystems*

Staatliche Gesundheitssysteme finanzieren sich aus Budgetmitteln und haben eine gemeinwirtschaftliche Ausrichtung. Aus der finanziellen Beteiligung aller folgt der freie Zugang zur Versorgung. In privatwirtschaftlichen Systemen ist der Zugang von der Zahlungskraft des Kunden abhängig. Momente des sozialen Ausgleichs (Solidarprinzip) spielen keine Rolle. Staatliche Gesundheitssysteme und die Sozialversicherung hingegen decken im Idealfall auch Versorgungsbereiche ab, die auf einem „Gesundheitsmarkt“ keinen oder nur geringen Gewinn abwerfen und deshalb kaum angeboten würden. Die Sozialversicherung sorgt im Rahmen ihrer „Treuhandfunktion“ überdies für einen permanenten Interessenausgleich zwischen Dienstnehmern und Dienstgebern und kann durch die Selbstverwaltung rasch auf neue Erfordernisse reagieren und damit auch die Effizienz des Systems verbessern.

*flexibel durch
Selbstverwaltung*

Staatliche Regulierung des Krankheitsrisikos respektive des Gesundheitswesens ist somit eine Grundvoraussetzung für einen egalitären und bedarfsgerechten Zugang zu Gesundheit und für solidarische Beziehungen zwischen den Versicher-

ten. Eine Liberalisierung der Gesundheitspolitik im Sinne einer „Reprivatisierung“ des Krankheitsrisikos führt vielfach zu Unterversicherung und zu einer Versicherung ohne sozialen Ausgleich.

2. Grundsätze einer qualitativen Gesundheitspolitik

In der Einleitung wurde auf die Notwendigkeit staatlicher Vorsorge hingewiesen. Bevor auf die Finanzierung eingegangen wird, werden anhand gesundheitspolitischer Grundsätze die Konturen eines Gesundheitssystems skizziert, das sich auch qualitativ von bisherigen Konzeptionen abhebt.

2.1. Solidarische Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitssystems muss über Beiträge und/oder Steuern (für gesamtgesellschaftlich relevante gesundheitspolitische Aufgaben) erfolgen. Die für die soziale Krankenversicherung typische Beitragsfinanzierung orientiert sich am Solidarprinzip. Je höher das Einkommen eines Versicherten ist, desto höher sind auch die Beiträge. Beziehender höherer Einkommen finanzieren die Leistungen sozial Schwächerer mit!

Eine solidarische Finanzierung ist mit einer Kopfprämie oder mit der privaten Finanzierung bedarfsnotwendiger Gesundheitsleistungen (über Selbstbehalte oder individuelle Zusatzversicherungen) unvereinbar. Solidarische Finanzierung bedeutet auch, dass für sämtliche Einkünfte Beiträge geleistet werden müssen.

2.2. Gleicher Zugang zu allen notwendigen Gesundheitsgütern und Dienstleistungen

„Bedarfsprinzip“ Es ist der Zugang zu allen notwendigen Leistungen des Gesundheitssystems (Bedarfsprinzip) ohne Ansehen der Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Alters zu gewährleisten.

2.3. Bedarfsgerechte Leistungserbringung

Die Leistungen müssen (therapeutisch oder diagnostisch) wirksam sein und müssen mit dem geringsten Ressourceneinsatz erbracht werden. Es genügt jedoch nicht, die Leistungen nur anzubieten, sie müssen auch diejenigen „erreichen“, die sie benötigen.

*geringster
Ressourcen-
einsatz*

2.4. Rationalisierung vor Rationierung

Finanzierungsprobleme dürfen nicht zum Anlass für Leistungsausschlüsse genommen werden. „Wirtschaftlichkeitsreserven“ müssen sowohl auf der Preis- als auch auf der Mengenseite mobilisiert werden.

2.5. Versorgungsqualität

Die Patienten müssen in die Qualität der Leistungen vertrauen können. Qualitätsmängel liegen bei Fehl-, Über- und Unterversorgung vor. Es ist ein umfassendes System der Qualitätssicherung und -kontrolle aufzubauen.

2.6. Integrative Versorgung

Schnittstellen im Gesundheitssystem (zwischen Ärzten bzw. zwischen niedergelassenen Ärzten, Ambulanzen und Spitälern und zwischen medizinischen und sozialen Diensten) müssen mit Hilfe von telematisch gestützten Patientensteuerungssystemen (Gate-Keeping, Disease-Management etc.) überwunden werden. Dadurch würden nicht nur Mehrfachuntersuchungen minimiert, sondern es könnte auch sichergestellt werden, dass die Patienten von Stellen behandelt werden, die qualitativ dazu am besten in der Lage sind und die Leistung am kostengünstigsten erbringen.

*telematisch
gestütztes
Patienten-
steuerungs-
system*

2.7. Planung und Steuerung

Die bedarfsgerechte Versorgung mit Gesundheitsleistungen kann weder dem Markt allein noch partikulären Interessen überlassen werden, sie bedarf vielmehr einer Leistungsangebotsplanung. Im Spitalssektor besteht ein erheblicher Reorganisationsbedarf (integrierte Gesundheitszentren, Versorgungsschwerpunkte).

„Finanzierung aus einer Hand“

Dispositionen in einem Sektor des Gesundheitssystems (z. B. bei den Spitälern) haben oft erhebliche finanzielle Auswirkungen auf andere Sektoren mit anderen Rechtsträgern. Daher ist eine gemeinsame Steuerung notwendig, eine „Finanzierung aus einer Hand“ ist in Betracht zu ziehen.

2.8. Prävention und Rehabilitation

Zur Koordinierung der Prävention ist auf der Grundlage eines nationalen Präventionskonzepts (Rechtsgrundlage: Stiftung) ein gemeinsames Präventions- und Rehabilitationszentrum einzurichten, das von allen Rechtsträgern dotiert wird. Es erhält auch einen umfassenden Auftrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Defizite im Bereich der Rehabilitation sind abzubauen.

2.9. Zielorientierung der Gesundheitspolitik

Gesundheitsziele setzen

Die Gesundheitspolitik auf Bundes-, Landes- und Kassenebene muss sich „Gesundheitsziele“ setzen. Grundlage zur Feststellung und Bekämpfung von Versorgungsdefiziten ist eine („kritische“) Gesundheitsberichterstattung.

2.10. Harmonisierung („Gleicher Beitragssatz – Gleiche Leistung“)

Alle Berufsgruppen sind hinsichtlich ihrer Beitragsleistungsfähigkeit gleich zu behandeln. Der bei den Selbstständigen (Gewerbetreibenden; Bauern) verwendete Einkommensbegriff muss mit dem tatsächlich erzielten verfügbaren Einkommen in

Einklang gebracht werden. Bei vergleichbaren Gesundheitsstörungen müssen die Leistungen bundesweit gleich sein. Eine Ausweitung der Selbstbehalte („Krankensteuern“) ist gesundheitspolitisch kontraproduktiv. Die unterschiedlichen Selbstbehalte müssen harmonisiert werden.

*bundesweit
gleiche
Leistungen*

2.11. Exkurs 1: Unerwünschte Reformen

Anhand dieser Grundsätze lassen sich einige Aussagen darüber treffen, welche Reformen unbedingt verhindert werden müssen. Dazu zählen :

- vom Einkommen unabhängige „Kopfprämien“ („Versicherungspflicht“)
- Ausschluss oder Opting-out einzelner (Berufs-)Gruppen aus der gesetzlichen Krankenversicherung
- Einführung von Kostenerstattungs- statt Sachleistungssystemen
- Rationierung notwendiger Leistungen
- Einführung von Wahlmodellen (Wahl zwischen Grund- und Zusatzleistungen)
- Ausbau von Selbsthalten
- Kassenwettbewerb wie in Deutschland

2.12. Exkurs 2: Kopfpauschale statt einkommensbezogene Beiträge

In Deutschland wird eine Finanzierung in Form einer für alle Versicherten einheitlichen Kopfpauschale („Kopfprämie“) diskutiert. Vorbild ist die Schweiz, wo bekanntlich seit Mitte der 90er Jahre eine „Versicherungspflicht“ bei privaten Versicherern vorgeschrieben ist. In Deutschland will man vorerst bei der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Die Pauschale sollen alle Erwachsenen entrichten, für Kinder ist sie aus dem Familienlastenausgleich zu zahlen.

Eine solche Kopfpauschale würde den derzeitigen einkommensproportionalen Beitrag ersetzen. Beim Kopfpauschale hingegen leisten alle einen gleich hohen Beitrag. Einkommens-

*Bedenken gegen
ordnungspolitische
Beitrags-
gestaltung sind
ideologisch
motiviert*

schwächere werden dadurch stärker belastet, vor allem dann, wenn auch die Ehegatten schlecht oder gar nicht verdienen. Im Unterschied zur bestehenden Regelung sollen Bezieher niedrigerer Einkommen bei der Zahlung des Kopfpauschales über Steuern subventioniert werden. Somit stellt sich die Frage, warum man diesen bürokratisch so aufwändigen Weg wählen soll, wenn das Leistungsfähigkeitsprinzip ohnehin auf die Belastung niedriger Einkommen Rücksicht nimmt. Wenn das Gesundheitssystem neue finanzielle Ressourcen benötigt, sind diese über eine solidarische Finanzierung sozial gerechter aufzubringen als über eine zusätzliche Belastung sozial Schwächerer. Die neuerdings vorgebrachten „ordnungspolitischen“ Bedenken gegen die bisherige Beitragsgestaltung sind ideologisch motiviert.

3. Finanzierung und Organisation des Gesundheitssystems

*Finanzierungs-
dilemma*

Es ist zwischen der „äußeren“ (über Beiträge, Steuern) und der „inneren“ Finanzierung (Rationalisierung, Organisationsreform) zu unterscheiden.

Die „äußere“ Finanzierung steckt in einem Dilemma. Die Politik ist sich trotz im internationalen Vergleich niedriger „Lohnstückkosten“ darüber einig, dass eine zusätzliche Beitragsfinanzierung aufgrund der derzeit ohnehin hohen Belastung der Lohnsumme negative Auswirkungen auf den „Wirtschaftsstandort Österreich“ hätte. Die Anhebung des Beitragssatzes wird allenfalls als Ultima Ratio gesehen. Auf der anderen Seite spricht das von wirtschaftsliberaler Seite postulierte Ziel einer Senkung der Abgabenquote gegen die Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens. Gesundheitspolitiker warnen zudem davor, dass in budgetäre Schwierigkeiten geratene Staaten mit (auch nur teilweise) steuerfinanzierten Sozialsystemen Gesundheitspolitik als „Manövriermasse“ verwenden könnten.

Da in Anbetracht der herrschenden politischen Verhältnisse in Österreich beide Wege einer solidarischen Finanzierung bzw. zu einer Umfinanzierung politisch versperrt sind, stehen zwangsläufig nur mehr die „Rationalisierungsoption“ und Selbst-

behalte im Vordergrund. Der Versuch Rücklagen abzuschöpfen ist bekanntlich gescheitert, würde aber nur eine kurzfristige Wirkung haben.

Das österreichische Gesundheitswesen leidet – wie übrigens das vieler anderer Staaten auch – an einer „Zersplitterung“ von Finanzierungs- und diesen vorgelagert von auf Bund, Länder und Sozialversicherung verteilten Regelungskompetenzen. Vor allem im Spitalsbereich führen dualistische Strukturen zu beträchtlichen Ineffizienzen. Ein Schnittstellenmanagement im Sinne einer politischen Koordinierung dieser Probleme hat sich bisher nur rudimentär etablieren können, „Gesundheitspartnerschaft“ und „Gesundheitsagenturen“ stellen hier zwar ernsthafte Reformansätze dar, sie sind aber politisch höchst umstritten. Eine „Finanzierung aus einer Hand“ könnte ein möglicher Ausweg sein. Das könnte zweierlei bedeuten: die Übernahme des niedergelassenen Bereiches durch die öffentliche Hand oder die Übernahme des Spitalsbereiches durch die Kassen. Ersteres würde zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens und – in Verbindung mit niedrigeren Beiträgen und höheren Steuern – zur Abschaffung selbstständiger Kassen führen, Letzteres zu Beitragserhöhungen bei gleichzeitiger Senkung der Steuern. Beide Ansätze sind allerdings nicht sehr realistisch. Kein Zweifel besteht aber daran, dass Organisationsreformen Einsparungen bringen können.

Gesundheitswesen leidet an Zersplitterung

Finanzierung aus einer Hand könnte Ausweg sein

3.1. Organisation der Sozialversicherung

Seit dem Regierungswechsel im Jahr 2000 beschränken sich Gesundheitsreformen fast ausschließlich auf die innere Organisation der Sozialversicherung. Wichtigstes Ziel der Organisationsreformen der Regierung war die politische „Umfärbung“ des Hauptverbandes. Die Hauptverbandsreform ist jedoch vor kurzem vom Verfassungsgerichtshof mit der Begründung aufgehoben worden, dass künftig den im Hauptverband zusammengeschlossenen Versicherungsträgern die Selbstverwaltung im Hauptverband zusteht, was aber voraus-

Selbstverwaltung

- „Aufsichtsratsmodell“ im Hauptverband hat sich nicht durchgesetzt
- setzt, dass die Versicherungsträger in der „Trägerkonferenz“ nicht nur nach politischen Maßstäben, sondern nach Mitgliederstärke repräsentiert sein müssen.
- Politisch gesehen hat sich das „Aufsichtsratsmodell“ im Hauptverband nicht durchsetzen können. Ursprünglich hätte ein „starker“ Hauptverband über die Kassen „regieren“ sollen. Nach dem Erkenntnis erhebt sich die Frage, wie der Hauptverband in Zukunft die ihm vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben erfüllen soll, ist doch kaum zu erwarten, dass die Versicherungsträger Beschlüsse, die sich gegen ihre Interessen richten, fassen werden. Man könnte dieses Ergebnis mit dem Argument, dass Selbstverwaltung gerade auch dann vorliegt, wenn keine Beschlüsse zustande kommen, akzeptieren. Will man jedoch mehr Autonomie für den Hauptverband, müsste die Umsetzung der Richtlinien verbindlich gemacht und widrigenfalls mit der „Ersatzvornahme“ durch die Staatsaufsicht gedroht werden.
- An dieser Stelle sei betont, dass die Forderung der Wirtschaft, die Verwaltungskörper des Hauptverbandes und in weiterer Folge aller Versicherungsträger paritätisch zu besetzen, nichts mit Rationalisierung zu tun hat. „Lohnnebenkosten“ sind „Sozialentgelt“ und somit Teil der Lohnkosten. Ökonomisch gesehen werden sie auf Preise und Löhne überwältigt und von den Versicherten getragen.
- Vereinheitlichung von Beitrags- und Leistungsrecht für alle Berufsgruppen wäre höchst wünschenswert
- Demgegenüber ist eine alle Berufsgruppen erfassende Vereinheitlichung von Beitrags- und Leistungsrecht höchst wünschenswert. Auf Länderebene könnten in weiterer Folge für alle Berufsgruppen und für sämtliche Versicherungszweige auf der Grundlage eines umfassenden Datenverbunds „Sozialkassen“ eingerichtet werden. Die Berechnung von Pensionen und Renten könnte von „Rechenzentren“ aus erfolgen.
- Eine „Regionalisierung“ der Pensionsversicherung befremdet zwar auf den ersten Blick (und ist auch keineswegs der einzige mögliche Reformschritt), wurde aber durch „Landesstellen“ bereits faktisch vollzogen. Gerade weil „Landesstellen“ keine Versicherungsträger sind, ist damit zu rechnen, dass früher oder später ein „Zentralisierungsmodell“ der Kassen präsentiert wird.

3.2. Organisation des Gesundheitswesens

Die Organisationsreform im Gesundheitswesen steht derzeit im Banne der so genannten Gesundheitsagenturen, deren Grundidee aber durchaus ernst genommen werden sollte. Immerhin geht es um gesundheitspolitisch so wichtige Anliegen wie die Erarbeitung von Gesundheitszielen, die Kooperation zwischen Kassen und Gebietskörperschaften, die Qualitätssicherung und die Leistungsangebotsplanung.

*Gesundheits-
agenturen*

Während heute die extramurale Versorgung überwiegend monistisch (d. h. von der Sozialversicherung allein) finanziert wird, erfolgt die Finanzierung der Anstaltspflege dualistisch d. h., die Betriebskosten werden von der Sozialversicherung und den Spitalserhaltern (zumeist der öffentlichen Hand), die Investitionskosten aber von den Spitalserhaltern getragen. Die Finanzierung der beiden größten Sektoren des Gesundheitswesens erfolgt somit nicht „aus einer Hand“. Materiell läge diese „Finanzierung aus einer Hand“ auch dann vor, wenn in Zukunft eine von Kassen und Ländern gemeinsam getragene Einrichtung Steuerungsaufgaben übernimmt. Sollte allerdings feststehen, dass die Kassen in der Gesundheitsagentur jederzeit überstimmt werden können, wird die Bereitschaft zu einem politischen Konsens sehr gering sein. Eine Lösung ohne Majorisierung erhalte hingegen breite Zustimmung. Hier könnte es allerdings passieren, dass dann überhaupt keine Entscheidungen zustande kommen, weil sich die Beteiligten gegenseitig blockieren. Es läge dann an diesen, sich einer Schiedsinstanz zu unterwerfen.

Tatsache ist, dass die derzeitige Zersplitterung der Finanzierungskompetenzen und das Auseinanderfallen von Finanzierungsverantwortung und sachlicher Zuständigkeit beträchtliche Friktionen verursachen. Da die Versicherungsträger die Sozialversicherung und die Gebietskörperschaften die Spitäler verwalten, sind nicht unerhebliche „intermediäre“ Defizite entstanden, die nun entweder nur durch die „Finanzierung aus einer Hand“ (Sozialversicherung oder Länder) oder eben durch Kooperation behoben werden können. Derzeit werden Patienten aus dem ambulanten in den stationären

*Friktionen durch
Zersplittung*

Bereich „verlagert“, weil dies aufgrund der einnahmenorientierten „Deckelung“ der Spitalsaufwendungen der Sozialversicherung betriebswirtschaftlich opportun ist. Umgekehrt senken „Auslagerungen“ von Patienten aus dem Spital in den niedergelassenen Bereich die Spitalskosten der Länder. Es fehlen Maßnahmen zur Umlenkung der Patientenströme vom Spital zu den niedergelassenen Ärzten, in vielen Fällen würde die Versorgung auch durch Substitution niedergelassener Arztstellen durch unterausgelastete Spitalsambulanzen billiger werden.

Der Entwurf eines Gesundheitsagenturengesetzes sieht nunmehr die Festsetzung verbindlicher Gesundheitsziele vor. Weshalb es dazu auf Bundesebene einer GmbH, noch dazu (auch in den Ländern!) mit politisch völlig unannehmbaren Quoren, bedarf, ist unerfindlich. Auf Landesebene sollte darauf verzichtet werden und die Umsetzung der Bundes- und ergänzender Landesziele nur nach Abstimmung zwischen Land und Sozialversicherung möglich sein. Eine kooperative Gesundheitspolitik muss sich auf Vertrauen stützen und nicht auf parteipolitische Rivalität. Letztlich soll eine Neuorganisation allen (vor allem auch den Patienten) nützen. Es hat daher wenig Sinn, vor allem auf Landesebene politisch zu polarisieren. Sollte man dennoch aus politischen Gründen nicht darauf verzichten wollen, sollte zur Absicherung der Autonomie der Partner eine Majorisierung wenigstens dann verhindert werden können, wenn eine Entscheidung nur für eine Seite von Vorteil wäre.

*politische
Polarisierung
sollte vermieden
werden*

3.3. Finanzierung des Gesundheitswesens

Heuer (2004) ist mit einem Defizit der sozialen Krankenversicherung von rund 300 Millionen Euro zu rechnen. Im Jahr 2005 wird es voraussichtlich auf 420 Millionen Euro, im Jahr 2006 auf 580 Millionen Euro steigen. Das Defizit geht auf folgende Ursachen zurück:

*Ursachen für
Defizit*

- „Beitragserosion“
Das BIP wächst rascher als die beitragspflichtige Lohnsumme bzw. das Beitragsaufkommen. Zwischen 1994 und 2001 sind das BIP um 31 %, die Versicherungsleistungen um 33 %, die Beitragseinnahmen aber lediglich um 26 % gewachsen.
- Medikamente
Zwischen 1997 und 2002 sind die Beitragseinnahmen um 15,2 % gestiegen, die Ausgaben für ärztliche Hilfe um 22,2 % und für die Anstaltspflege um 18,6 %, während die Ausgaben für Medikamente um 51,5 % gewachsen sind!
- Maßnahmen der Bundesregierung
Bezogen auf das Jahr 2003 verursachten die Maßnahmen des Bundesgesetzgebers Belastungen im Gesamtausmaß von 252 Millionen Euro. Ohne diese Maßnahmen (z. B. Einnahmenverluste durch Pauschalabgeltung der Mehrwertsteuer auf Medikamente – 50 Millionen Euro, Bereitstellung zusätzlicher Mittel für Spitalsfinanzierung – 84 Millionen Euro) gäbe es nur einen Bruchteil des derzeitigen Defizits.

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die demografischen Veränderungen wird die Gesundheitsausgabenquote (in % des BIP) auch in Zukunft steigen. Die zusätzlich benötigten finanziellen Ressourcen können nicht allein durch Rationalisierung und schon gar nicht durch die geplanten Organisationsreformen oder den nur kurzfristig wirksamen Abbau von Rücklagen gewonnen werden, sondern es müssen neue Einnahmequellen erschlossen werden. Das System bedarf zusätzlicher finanzieller Ressourcen. Nur durch Rationalisierungen (Grenzen: Boykott der Vertragspartner) bleibt es nicht finanzierbar.

*System bedarf
zusätzlicher
finanzieller
Ressourcen*

Es bieten sich steuerpolitische (Besteuerung von Vermögen und Kapitalerträgen; Zweckbindung oder höhere Abgaben auf gesundheitsschädliche Güter) und sozialversicherungspolitische Maßnahmen an.

*steuerpolitische
Maßnahmen*

- sozial-
versicherungs-
interne
Maßnahmen* Zu den sozialversicherungsinternen Maßnahmen zählen die Anhebung oder die Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage. Dadurch könnte die regressive Belastung der Einkommen durch Sozialversicherungsbeiträge zumindest teilweise ausgeglichen werden. Zugleich müsste die Beitragsgrundlage auf alle Einkunftsarten ausgeweitet werden. Es hätte wenig Sinn, die Verbreiterung der Beitragsgrundlage durch Einbeziehung aller Einkünfte durch die bestehende Höchstbeitragsgrundlage zu begrenzen, weil Versicherte, die zu ihrem Erwerbseinkommen Einkünfte aus Besitz oder Kapital lukrieren, vielfach bereits über dem Höchstwert liegen.
- erwerbs-
bezogene
Pflicht-
versicherung
sollte zu
Bürger-
versicherung
ausgebaut
werden* Es wäre inkonsequent, diesen Schritt nur für Erwerbstätige vorzunehmen. Vielmehr müsste die derzeitige erwerbsbezogene Pflichtversicherung („Erwerbstätigenversicherung“) zu einer echten „Bürgerversicherung“ ausgebaut werden. Die „Bürgerversicherung“ wäre eine Weiterentwicklung der bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung, die einen umfassenden Schutz der gesamten Bevölkerung bewirken und gleichzeitig die Finanzierungsbasis nachhaltig verbessern würde.
- Umbasierung
der Dienst-
geberbeiträge* Die Dienstgeberbeiträge sollten „umbasiert“ werden, und zwar zunächst auf die gesamte Lohnsumme (siehe Familienlastenausgleich) oder gleich auf die gesamte betriebliche Wertschöpfung. Die Wertschöpfungsabgabe schafft nicht nur Gleichbehandlung innerhalb der „Wirtschaft“, sie entlastet überdies „arbeitsintensive“ Betriebe und hat daher positive Beschäftigungseffekte. Die Umstellung auf die betriebliche Wertschöpfung hätte in den letzten Jahrzehnten eine breitere Finanzierungsbasis zur Folge gehabt, während die Lohnsumme gemessen am Volkseinkommen bekanntlich rückläufig war. Selbst dann, wenn infolge eines demografischen Arbeitskräftemangels die Lohnsumme steigen sollte, ist nicht damit zu rechnen, dass die Wertschöpfung als Beitragsbasis für die Dienstgeberbeiträge unergiebig wird. Es soll nicht verschwiegen werden, dass die Neuordnung der Einnahmenseite verfassungsrechtliche Probleme aufweist, die aber lösbar sind.

Mit dem Hinweis auf die steuerpolitischen Finanzierungsoptionen soll daran erinnert werden, dass zur Finanzierung sozialstaatlicher Einrichtungen (und nicht nur des Gesundheitswesens!) noch Finanzierungsreserven vorhanden sind, die auf höheren Einkommen oder Vermögen beruhen und daher dem Grundsatz einer solidarischen Finanzierung entsprechen würden. Das würde allerdings bedeuten, dass sich das herrschende steuerpolitische Paradigma substantziell wandeln müsste.

Dazu müsste noch die Bekämpfung von Schwarzunternehmertum und Schwarzarbeit und die „innere Finanzierung“ durch die „Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ treten.

4. Nutzung von „Wirtschaftlichkeitsreserven“ im Gesundheitswesen ohne Beeinträchtigung des Versorgungsniveaus

4.1. Medikamente

Die hohen Wachstumsraten bei den Ausgaben der Sozialversicherung für Medikamente rechtfertigt eine eingehendere Betrachtung. Seit 1990 haben sich die Aufwendungen für Medikamente in der gesetzlichen Krankenversicherung nahezu verdreifacht (2002: 2,2 Milliarden Euro). Der Anteil an den Gesamtaufwendungen stieg von 13,5 % auf 20,6 %. Diese Steigerung liegt deutlich über jener der Gesamtausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung; sie übersteigt auch die Steigerungsraten der Spitalsausgaben, der Aufwendungen für ärztliche Hilfe und der Beitragseinnahmen. In den Jahren 2003 bis 2005 werden die Beitragseinnahmen nach Prognosen des Hauptverbandes um 1,3, 2,2 und 0,5 % (!) steigen, die Ausgaben für Medikamente indes um 6,3 % in den Jahren 2003 und 2004 und 6,2 % im Jahr 2005. Der Anstieg bei allen Versicherungsleistungen wird mit jährlich 3,3 % prognostiziert! Absolut stiegen die Aufwendungen für Medikamente im Jahr 2003 stärker als alle Erträge (Beiträge, Ausgleichsfondsmittel, Selbstbehalte etc.) zusammen.

*seit 1990
Medikamentekosten nahezu verdreifacht*

*Österreich:
zweithöchste
Verordnungs-
häufigkeit pro
Einwohner*

Der internationale Vergleich relativiert solche Wachstumsraten (Deutschland 8 %, UK 10 %, Kanada 15 %, aber Frankreich 2 %, Italien 3 %). Die österreichischen Pharmaausgaben pro Einwohner liegen im oberen Drittel der EU-Staaten. Eine ÖBIG-Studie (2000) weist für Österreich – bezogen auf die öffentlich finanzierten Medikamente – die zweithöchste Verordnungshäufigkeit pro Einwohner aus, während die durchschnittlichen Ausgaben/Einwohner eher niedrig sind. Beim Packungsverbrauch liegt Österreich im europäischen Mittelfeld.

Das Preisniveau der sich am Markt befindenden Medikamente ist rückläufig, die Zahl der Verordnungen der von der Kasse erstatteten Medikamente ist von 88 (1992) auf rund 100 Millionen (2002) gestiegen. Der Preis pro Verordnung erhöhte sich von S 121,- im Jahr 1990 auf S 240,- (= 17,17 Euro) im Jahr 2001. Darin wird die „Strukturkomponente“ (i. e. die Substitution preislich günstiger „alter“ durch teure innovative Medikamente) sichtbar. Am bedeutsamsten für das Umsatzwachstum waren daher Strukturveränderungen durch Produktinnovationen und Erweiterungen bei bereits eingeführten Medikamenten. Andere Wachstumselemente spielen eine untergeordnete Rolle.

*Mehrwert-
steuer für
Medikamente in
Österreich im
EU-Vergleich
sehr hoch*

Der Gesamtpreis eines Medikaments setzt sich aus dem Herstellerpreis, den Großhandels- und Apothekenaufschlägen („Spannen“), allfälligen Kassenrabatten und der Mehrwertsteuer zusammen. Letztere beträgt in Österreich 20 %, in anderen EU-Staaten zwischen 4 % (Spanien) und 25 % (in Dänemark). Der Durchschnitt liegt bei 7,3 %. Auf diese Unterschiede wird daher ein Teil der internationalen Preisdisparitäten zurückzuführen sein. Die österreichischen Pharmaausgaben liegen infolge hoher Vertriebsspannen über dem europäischen Durchschnitt. Durch das „Medikamentenpaket“ der Regierung wurden diese geringfügig gesenkt. Aufgrund der Spannen und der hohen Umsatzsteuer gehört Österreich zu den Ländern mit vergleichsweise teuren Medikamenten.

Medikamente sind das Hoffnungsgebiet der Medizin. Ein längeres Leben hat allerdings Multimorbiditäten zur Folge, die zu weiteren medizinischen Interventionen führen. Realistischer-

weise werden daher sowohl die Pharmamärkte als auch die stationäre Versorgung expandieren. Welche Handlungsoptionen kommen in Frage?

Handlungsoptionen

- Erhöhung des Anteils der Generika am Kassenumsatz (Durchschnittspreis einer Generika-Verordnung in Deutschland: rund 16 Euro, eines Originalpräparates: 25 Euro)
- Einführung eines Substitutionsrechts der Apotheken bei wirkstoffgleichen Produkten
- Einschränkung von „umstrittenen“ Arzneimitteln
- Vermeidung von Fehlversorgung (Anwendung von EBM; pharmakologische Information durch Kassen; telematische Vernetzung von Praxen und Spitälern mit Apotheken, u.a. auch zur Feststellung von Kontraindikationen)
- diagnosebezogene „Standards“ im Sinne eines „Behandlungskorridors“ (Behandlungsleitlinien)
- Verbesserung der Compliance (u. a. auch zur Vermeidung von „Pharmamüll“)
- neue Vertriebswege (Versandhandel, Parallelimporte)
- Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten vor deren Vertrieb
- bessere Information der Ärzte über Medikamente und deren Folgen sowie deren Preise durch die Kassen
- Preisregelung auf europäischer Ebene
- Verkürzung des Patentschutzes

4.2. Vertragspartner

Die folgenden Beispiele stellen sozusagen nur die „Spitze des Eisbergs“ dar. Vertragspartner (u. a. Ärzte, Psychotherapeuten) sollten zur ökonomischen Verschreibweise und Qualitätssicherung (Behandlungsleitlinien oder Behandlungskorridoren) verpflichtet werden (mit Kündigungsmöglichkeiten bei nachhaltigen Verstößen!). Die Honorierung sollte diagnosebezogen erfolgen bzw. Honorarregelungen eingeführt werden, die ärztliche Leistungen angemessen entschädigen, aber nicht zu unnötigen Leistungen führen. Es sollte die Rolle des Hausarztes

diagnosebezogene Honorierung

*Umwidmung
von Spitälern*

überdacht und der „kassenfreie Raum“ ex lege ausgeschlossen werden. In den Spitälern sollte die Qualitätssicherung verbessert, eine Reorganisation in Angriff genommen und die Spitalpläne umgesetzt werden, indem nicht mehr benötigte Spitäler oder Abteilungen für geriatrische Zwecke umgewidmet werden.

4.3. Schnittstellenmanagement

Versorgungsschnittstellen müssen durch integrative Ansätze abgebaut werden können:

- elektronische Vernetzung verschiedener Behandlungsstellen
- gemeinsame Angebotsplanung und Kooperationen zwischen den Rechtsträgern
- Festlegung von „Zuständigkeiten“
- Patientensteuerungssysteme
- Entlassungsmanagement
- Vermeidung von Pflegenotstand

4.4. Qualitätssicherung

*Vermeidung
von Über-,
Unter- und
Fehlversorgung*

Qualitätssicherung durch ein umfassendes Qualitätsmanagement bedeutet Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen und die Kontrolle dieses Zieles. Es wäre daher dringend erforderlich, diese Problematik in einer umfassenden Studie und periodisch im Rahmen einer institutionalisierten Gesundheitsberichterstattung zu bearbeiten. In allen Bereichen des Gesundheitswesens sind entsprechende Einrichtungen der Qualitätssicherung zu schaffen, vor allen Dingen ist in Anlehnung an das „NICE“ in England ein „Bundesinstitut für Qualitätssicherung“ (verantwortlich für EBM, HTO, „Behandlungskorridore“ etc.) einzurichten.

Eckpunkte eines flächendeckenden Qualitätssicherungskonzepts sind:

- klinisch-ökonomische Bewertung wichtiger „innovativer“ Leistungen, bevor sie zur generellen Anwendung zugelassen werden

- Verpflichtung der Kassenvertragspartner zur Einführung eines Qualitätsmanagements und elektronischer Hilfsmittel zur Vermeidung von „Doppelgleisigkeiten“
- Festlegung von Behandlungskorridoren durch eine unabhängige „Qualitätssicherungsagentur“ mit verbindlicher Wirkung
- externe Qualitätskontrolle und Sanktionierbarkeit
- Fortbildungsverpflichtung (mit „Zertifizierung“) der Leistungserbringer
- „Patientenversicherung“

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)

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.



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

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Weingartshofstr. 10, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73-33 21
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@ak-ooe.at
Internet: www.isw-linz.at