

## REFORM DER GESUNDHEITSSYSTEME – DER EUROPÄISCHE WEG VON VERSUCH UND IRRTUM

1. Rahmenbedingungen .....	52
2. Länderprofile .....	53
3. Zusammenschau der Reformen .....	69
4. Schlussbetrachtung .....	74

**Oskar Meggeneder**

**Ressortdirektor der  
Oberösterreichischen  
Gebietskrankenkasse**

**Auszug aus WISO 3/2002**

**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](mailto:wiso@ak-ooe.at)

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

## 1. Rahmenbedingungen

### *Rahmen- bedingungen der Gesundheitspolitik*

Ein Blick auf die gesundheitspolitische Diskussion in Österreich in den letzten Monaten lässt eine beachtliche Reformfreudigkeit erkennen. Dabei unterscheidet sich Österreich von den übrigen europäischen Ländern weniger in Bezug auf die Veränderungsbereitschaft, sondern allenfalls durch den Dilettantismus, wie die Probleme angegangen werden. Innerhalb der einzelnen Sektoren des Sozialstaates zeigt insbesondere das Gesundheitswesen eine sehr dynamische Leistungs- und Kostenentwicklung. Dies erklärt auch, warum die Reform der Gesundheitspolitik vor allem unter Finanzierungsaspekten diskutiert wird. Die Rahmenbedingungen sind in allen europäischen Ländern die gleichen. Der nationale Handlungsrahmen wird im Wesentlichen durch den supranationalen bestimmt: zunehmende Verflechtung der Weltwirtschaft, Internationalisierung der Finanzmärkte und Binnenmarktliberalisierung.<sup>1</sup> Zu den genannten Rahmenbedingungen treten die das Gesundheitssystem betreffenden hinzu: Alterung der Bevölkerung und Veränderungen des epidemiologischen Spektrums, rasante Entwicklung der Medizintechnologie, Medikalisierung weiter Lebensbereiche und gesellschaftlich anerkanntes Recht auf Gesundheitsversorgung.<sup>2</sup> Die Gesundheitspolitik der Nationalstaaten gründet sich auf unterschiedliche institutionelle Gegebenheiten und eigenständig gewachsene sozialpolitische Traditionen. Die für diesen Beitrag ausgewählten Länder lassen sich bei einer groben Gliederung in staatliche Gesundheitssysteme (Finnland, Dänemark) und Sozialversicherungsmodelle (Deutschland, Österreich, Schweiz) einteilen, wobei auf Grund des Fehlens von Wettbewerbsstrukturen in letzterer Gruppe Österreich eine Besonderheit darstellt.

Tabelle 1: Kurzcharakteristik europäischer Gesundheitssysteme<sup>3</sup>

Land	Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, 1999	Kurzcharakteristik
Dänemark	8,4 Prozent	Steuerfinanzierte Versorgung, zum Teil private, zum Teil öffentliche Leistungserbringung, staatlich gesteuert
Deutschland	10,5 Prozent	Sozialversicherungsmodell, Mischung aus staatlicher Steuerung, korporatistischen Elementen und Wettbewerb, überwiegend private Leistungserbringung
Finnland	6,8 Prozent	Steuerfinanzierte, überwiegend öffentliche Versorgung
Österreich	8,2 Prozent	Sozialversicherungsmodell mit Pflichtversicherung, überwiegend private Leistungserbringung
Schweiz	10,4 Prozent	(Eingeschränktes) Sozialversicherungsmodell, private Leistungserbringung, reglementierter Wettbewerb

## 2. Länderprofile

Die nachfolgenden Länderprofile beinhalten keine detaillierte Beschreibung des jeweiligen Gesundheitssystems – hier wird auf die entsprechende Literatur verwiesen –, sondern beschäftigen sich mit den gesundheitspolitischen Reformvorhaben des jeweils behandelten Staates. Globales Gesundheitsziel jedes Staates ist die Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Das Gesundheitssystem ist nur ein konstituierender Teil, und nicht einmal der wichtigste, des Sets von Faktoren, die letztendlich den Gesundheitszustand des Einzelnen und der Gesamtbevölkerung bestimmen. Gesundheitssysteme lassen sich nicht alleine über Effizienz- und Effektivitätskriterien beschreiben. Sie werden auch von gesellschaftlichen, normativen Vorstellungen

*Beurteilung der Gesundheitspolitik*

gen und kollektiven Werthaltungen determiniert. Es überrascht daher nicht, dass in ländervergleichenden Befragungen zur Effizienz und Zufriedenheit mit dem jeweiligen Gesundheitssystem die Bürger und Bürgerinnen trotz eklatanter Unterschiede bei der Beurteilung das eigene Gesundheitssystem gegen kein anderes tauschen wollen. Gesundheitsreformen müssen vor allem im Hinblick auf fünf Systemprinzipien beurteilt werden.<sup>4</sup> Hier ist zunächst das Prinzip der Versorgungssicherheit zu nennen, womit gemeint ist, dass jeder Bürger und jede Bürgerin unabhängig vom Einkommen die jeweils notwendige medizinische Versorgung erhält. Gesundheitsreformen müssen eine effiziente Steuerungsfähigkeit des Gesundheitssystems im Hinblick auf die veränderten Rahmenbedingungen und das interessengeleitete Verhalten der Akteure am Gesundheitsmarkt sicherstellen. Auf Grund knapper verfügbarer Ressourcen und der hohen Dynamik des Gesundheitsmarktes müssen Anreizmechanismen für eine ökonomische Erstellung und Nutzung der Gesundheitsleistungen geschaffen werden ergänzt durch Herstellung von Kostentransparenz und wirksame Kostenkontrolle. Viertes Prinzip ist die Versorgungsqualität im Sinne der Qualitätssicherung und schließlich müssen Gesundheitsreformen nachhaltig sein, das heißt, der gesundheitspolitische Reformschwerpunkt sollte weniger auf die Behandlung von Krankheit, sondern auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit gelegt werden.

**2.1. Finnland<sup>5</sup>**

Das Gesundheitssystem in Finnland wird über Steuern finanziert. Daneben gibt es als historisches Relikt noch eine soziale Krankenversicherung, deren Beitragsaufkommen allerdings vernachlässigbar ist. Rund 25 Prozent der Gesundheitsausgaben werden privat (vor allem über Eigenbeteiligungen) finanziert. Die medizinische Versorgung liegt im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden. Das staatliche Gesundheitssystem hat eine ausgeprägte dezentrale Verantwortung, die bei den Gemeinden liegt, welche die finanziellen Mittel über

zugeteilte Budgets erhalten. Das finnische Gesundheitswesen ist außerordentlich kostengünstig, was unter anderem darauf zurückgeführt wird, dass die Krankenschwestern in der ambulanten Versorgung eine bedeutsame Rolle spielen. Die Qualität der Versorgung wird als ausgezeichnet eingeschätzt und Finnland weist bei den Morbiditäts- und Mortalitätskennziffern hervorragende Werte auf. Eine freie Arztwahl gibt es nur im ambulanten Bereich und ausschließlich im Wege über eine private Krankenversicherung, deren Bedeutung im gesamten Gesundheitsversorgungssystem allerdings unbedeutend ist.

Zu Beginn der 90er Jahre erfassten Finnland schwerwiegende ökonomische Turbulenzen, die vor allem durch das Wegbrechen wichtiger Handelspartner bedingt waren. Das Gesundheitssystem wurde dadurch besonders betroffen und der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP stieg überproportional an. Der Beitritt Finnlands zur Europäischen Union brachte das finnische Gesundheitssystem erneut unter Druck, weil die Stabilitätskriterien für den Staatshaushalt naturgemäß ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem besonders hart treffen. Es ist daher umso erstaunlicher, dass sich die finnische Gesundheitspolitik trotzdem nicht dem Diktat der Ökonomie beugte, sondern auch weiterhin primär unter Versorgungsgesichtspunkten handelte. Das zur Lösung der Finanzierungsprobleme verfolgte Konzept der Dezentralisierung und Erhöhung der Autonomie der Kommunen in Fragen der gesundheitlichen Versorgung ging auf. An sonstigen Reformmaßnahmen zu nennen ist das Bemühen, Bereiche der medizinischen Versorgung aus den Spitälern in den ambulanten Bereich auszulagern, was zur Schließung von Krankenanstalten und Spitalsabteilungen geführt hat. Gleichzeitig wurde der Bereich der kostengünstigeren und patientenfreundlicheren Heimpflege ausgebaut. Maßnahmen der Ausgabendämpfung bei den Arzneimitteln wurden in den 90er Jahren gesetzt. Absolute Priorität bei den gesundheitspolitischen Reformvorhaben Finnlands hatten und haben allerdings Prävention und qualitätssichernde Maßnahmen. Die 1995 festgelegte Gesundheitsstrategie des Sozial- und Gesundheitsministeri-

*das finnische Gesundheitswesen ist außerordentlich kostengünstig*

*Programm  
„Gesundheit  
2015“*

ums knüpfte an den 1992 verabschiedeten nationalen Gesundheitsplan an, dessen Hauptziele waren: die Reduzierung der Gesundheitsdifferenzen zwischen Bevölkerungsgruppen, Förderung der intersektoralen Kooperation in der präventiven Gesundheitspolitik, Verbesserung der Kosteneffektivität von Gesundheitsdienstleistungen und Verbesserung der Kompetenz der Angehörigen der Gesundheitsprofessionen. Im Mai 2001 wurden mit dem Programm „Gesundheit 2015“ die Leitlinien für die Gesundheitspolitik der nächsten 15 Jahre festgelegt. Das acht Ziele umfassende Programm gibt der Gesundheitsförderung Vorrang vor der Entwicklung des Gesundheitsversorgungssystems. Die dahinter liegende Strategie verfolgt den Ansatz, dass Gesundheit jener Faktor ist, der vorrangig die politische Steuerung und Entscheidungsfindung zu bestimmen hat. Im Bereich der Gesundheitsversorgung wird das Ziel verfolgt in regionalen Projekten Vorhaben zu fördern, welche die Vernetzung der primären und sekundären Versorgung bewirken. Was die finnische Gesundheitspolitik wohltuend von anderen europäischen Ländern abhebt, ist, dass sie ihre Reformvorhaben nicht auf Finanzierungsfragen reduziert, sondern langfristige Gesundheitsziele, mit dem Hauptgewicht auf Organisationsentwicklung, verfolgt.

## **2.2. Dänemark<sup>6</sup>**

Das dänische Gesundheitssystem ist zu 83 Prozent steuerfinanziert. In die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums fallen die Rahmengesetzgebung und die Regelung übergeordneter politischer Ziele sowie die Erstellung des nationalen Gesundheitsförderungsprogramms. Die Gesundheitsversorgung erfolgt dezentralisiert auf regionaler Ebene in 14 Bezirken und zwei Stadtbezirken. Die Bezirke gestalten, steuern und finanzieren die primäre und sekundäre Gesundheitsversorgung. Auch die Leistungserbringer werden auf regionaler Ebene koordiniert. Die Gesamtbevölkerung ist über eine staatliche Krankenversicherung versichert. Diese übernimmt eine Grundversorgung in Form der ambulanten und

stationären Versorgung, einen Teil der rezeptpflichtigen Arzneimittel und zahnärztliche Leistungen für Kinder und Jugendliche. Bei den Erwachsenen wird etwa die Hälfte der zahnärztlichen Leistungen über das öffentliche System finanziell abgedeckt. Die Versicherten haben die Wahl zwischen zwei Versicherungskategorien, die sich nach der Höhe der Selbstbeteiligung sowie dem Umfang der ärztlichen Wahlfreiheit unterscheiden. Die neben der staatlichen Krankenversicherung bestehenden privaten Krankenversicherungen bieten als Leistung die anteilige Erstattung von privat zu finanzierenden Leistungen im Rahmen des öffentlichen Versorgungssystems an. Die Eigenbeteiligungen sind im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung gering, im Bereich der physiotherapeutischen Leistungen, Arzneimittel für Erwachsene sowie zahnärztlichen Leistungen jedoch erheblich. Die Primärversorgung erfolgt durch freiberuflich tätige Allgemeinmediziner, die Versorgungsverträge mit den erwähnten Regionen abschließen. Die Leistungsvergütung setzt sich zu einem Drittel aus einem Kopfpauschale und zu zwei Dritteln aus den erbrachten Einzelleistungen zusammen.

*Wahl  
zwischen zwei  
Versicherungskategorien*

Eines der gravierendsten Probleme zu Beginn der 90er Jahre waren die zum Teil langen Wartezeiten auf stationäre Krankenhausbehandlungen. 1993 legte das Gesundheitsministerium fest, dass zu einer stationären Behandlung anstehende Patienten ein Krankenhaus auch außerhalb ihres Bezirks wählen konnten, wobei der Heimatbezirk für die Kosten aufkommen musste. Die Überlegung war, dass dadurch die Bezirke ein verstärktes Interesse haben, die Quantität und Qualität ihrer Behandlung zu verbessern, um die finanziellen Mittel im eigenen Einflussbereich zu halten. Da nur eine geringe Anzahl (knapp 2 %) Patienten davon Gebrauch machte, wurde das Ziel, marktähnliche Strukturen im Krankenhauswesen einzuführen, nicht erreicht. Positiver Effekt war jedoch, dass die Bezirke zu kooperieren begannen und durch gemeinsame Planung und Prioritätensetzung ihre Kapazitäten optimierten. Diese Maßnahmen in Verein mit einer Globalbudgetierung führten in der Folge zu einer Verringerung der

*Wartezeiten für  
medizinische  
Behandlungen  
verringert*

Krankenhäuser, Anzahl der Betten und der Verweildauer. Parallel dazu wurde die ambulante Behandlung, auch in den Krankenhäusern, ausgeweitet. 1999 wurde in den Krankenhäusern das DRG<sup>7</sup>-System eingeführt, wobei ab 2000 bis vorläufig 2002 dieses System Grundlage für die Finanzierung der im Krankenhaus erbrachten Leistungen bildet.<sup>8</sup> Gleichzeitig legte das Gesundheitsministerium zu erreichende Kennzahlen für verschiedene Behandlungsfelder fest und verpflichtete die Bezirke, entweder die Angebotskennzahl zu erreichen oder für die Behandlung ihrer Bürger und Bürgerinnen in anderen Bezirken aufzukommen. In der Tat konnten die Wartezeiten in den letzten beiden Jahren für die Behandlung von lebensbedrohenden Herzkrankheiten sowie Krebserkrankungen von Brust, Lunge, Darm und Gebärmutter reduziert werden. Auch von den Bezirken wurden Reformmaßnahmen eingeleitet, wobei die Bezirke unterschiedliche Wege einschlugen; die Hauptstoßrichtung aber war, die medizinische Dienstleistungen erbringenden Vertragspartner zur Qualitätsverbesserung und zu Kostendämpfungsmaßnahmen zu verpflichten, wobei ein Mix aus Incentives und Sanktionen angewendet wird. Weitere qualitätsverbessernde Maßnahmen waren und sind die Einführung von Patientenanwälten und Managementsystemen zur Optimierung des Patientenflusses. Die meisten Bezirke haben zudem in ihren Krankenhäusern Qualitätssicherungsprojekte initiiert. Auch der Zentralstaat hat die Qualitätsverbesserung zu einer Hauptstoßrichtung der Gesundheitsreform gemacht und gründete das „Centre for the Evaluation of Hospital Activity“ und das „Danish Institute for Health technology Assessment“. Gegenwärtig wird ein Datenverbund geschaffen, der Allgemeinmediziner, Fachärzte, Apotheken und Krankenhäuser vernetzen soll. Damit ist die Versendung elektronischer Patientenakte, Arzneimittelrezepte, Bestell- und Abrechnungsdaten möglich. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Globalreform in Dänemark nicht angepeilt wird. Die Reformmaßnahmen zielen innerhalb des bestehenden steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitssystems darauf ab, die Effizienz der Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen, die Wartezeiten zu reduzieren, die Qualität zu verbessern und Public-Health-Maßnahmen zu koordinieren.



### 2.3. Deutschland<sup>9</sup>

Rund 90 % der Bevölkerung Deutschlands genießen über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine weitreichende medizinische Versorgung. Die Versorgung erfolgt über öffentliche, gemeinnützige und private Einrichtungen, wobei die Investitionskosten der Krankenhäuser überwiegend öffentlich finanziert werden, die laufenden Kosten werden von den Krankenkassen getragen. (Die Höhe der tatsächlichen Förderung ist in den jeweiligen Bundesländern unterschiedlich; am höchsten ist sie in Bayern.) Die ambulante Versorgung erfolgt weit überwiegend durch frei praktizierende niedergelassene Ärzte und andere Heilberufe (z. B. Krankengymnasten, Logopäden u. Ä.), in geringem Maß auch durch ermächtigte Krankenhausärzte. Die Gesundheitspolitik liegt im Verantwortungsbereich des Bundes, zu einem kleineren Teil bei den Ländern (konkurrierende Gesetzgebung, Art. 74 Grundgesetz). „Der Versicherungsschutz umfasst die ambulante und stationäre Versorgung, die zahnärztliche Behandlung inkl. eines Zuschusses zum Zahnersatz in Höhe von bis zu 65 % (bei Härtefällen 100 %), Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, Arzneimittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege, Leistungen der Krankheitsfrüherkennung und Prävention, Fahrtkosten, Sterbegeld sowie Krankengeldzahlungen und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Des Weiteren werden mit einer Mischfinanzierung aus Steuer-, Kassen- und privaten Mitteln Maßnahmen zum Arbeitsschutz gefördert und Selbsthilfegruppen unterstützt.“<sup>10</sup> Die gesetzlichen Krankenkassen sind selbstverwaltet und die Versicherten können die Krankenkasse frei wählen. Die Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge, bei den unselbstständig Erwerbstätigen werden die Beiträge je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht. Arbeitnehmer mit einem Einkommen über der Höchstbemessungsgrundlage,<sup>11</sup> Beamte und selbstständig Erwerbstätige können sich bei einer GKV oder einer Privatversicherung versichern, wobei sich die Beitragshöhe bei der Privatversicherung nach dem individuellen Risiko

*Finanzierung der Krankenhäuser*

und dem gewählten Leistungspaket bemisst. Der überwiegende Teil der GKV-Leistungen ist gesetzlich festgelegt; Eigenbeteiligungen sind in einzelnen Leistungsbereichen üblich, mit Ausnahme der ärztlichen und zahnärztlichen (konservierend-chirurgischen) Leistungen. Bei Vorliegen eines Härtefalls kann eine Befreiung von den Zuzahlungen erfolgen.

*Markenzeichen  
der deutschen  
Gesundheitspolitik  
„Reformwut“*

Ist in den meisten Ländern die Gesundheitspolitik durch eine Reformresistenz gekennzeichnet, so ist das Markenzeichen der deutschen Gesundheitspolitik „Reformwut“. Die seit 1977 in dichter Folge verabschiedeten Gesundheitsreformgesetze lassen durchgängig das Ziel der Beitragssatzstabilität, zum Teil aber auch Leistungsverbesserungen erkennen. Die Legitimation dieser politischen Grundlinie wurde mit dem Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft argumentiert. Aus diesem Topos heraus resultierte der Schwerpunkt der deutschen Gesundheitspolitik in Kostendämpfungsmaßnahmen. Diese bestanden aus einem Mix von Budgetierung<sup>12</sup> und von Angebotsplanung, insbesondere im Bereich der medizinischen Hochtechnologie und der ambulanten Versorgung, aber auch in Anpassungen des Leistungskataloges (z. B. Einführung einer Negativliste bei Arzneimitteln). Diese ausgabenseitigen Maßnahmen wurden durch einnahmenseitige Maßnahmen ergänzt. Durch Einführung und Erhöhung der finanziellen Eigenbeteiligungen der Patienten und Patientinnen an den in Anspruch genommenen Leistungen wollte der Gesetzgeber das Inanspruchnahmeverhalten steuern, ebenso aber auch die Einnahmen erhöhen (nach der Bundestagswahl 1998 wurden die von der Kohl-Regierung erhöhten Zuzahlungen teilweise wieder zurückgenommen). Zusätzliche Einnahmen wurden auch durch die Einführung der Beitragspflicht für geringfügige Beschäftigungen (1999) erzielt. Letztlich gelang es jedoch nicht, die Höhe der Beiträge dauerhaft zu begrenzen. Der durchschnittliche Beitragssatz liegt aktuell bereits über 13 Prozent. Faktum ist auch, dass der GKV über die so genannte „Politik der Verschiebebahnhöfe“ in den vergangenen Jahren finanzielle Mittel in erheblichem

Ausmaß entzogen wurden, um die Renten- und Arbeitslosenversicherung zu Lasten der Krankenkassen zu sanieren.

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde mit Wirkung vom 01.01.1994 im Zuge des gleichzeitig intensivierten Wettbewerbs eingeführt, um allen Kassen annähernd gleiche Startchancen zu verschaffen. Der RSA gleicht die Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen sowie die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Angehörigen aus. Bei annähernd gleichem Leistungskatalog und Kontrahierungszwang für alle gesetzlichen Kassen konnte der Wettbewerb der Kassen nur über die Höhe des Beitragssatzes und das Service für Versicherte stattfinden. Dies hätte ohne RSA natürlich Krankenkassen mit einem traditionell schlechten Versichertenrisiko besonders hart getroffen und über den RSA müssen Kassen mit einer günstigen Risikostruktur für die benachteiligten Kassen entstehen. Der RSA wurde erstmals Ende 2001 ergänzt;<sup>13</sup> zum Beispiel um einen Hochrisikopool.<sup>14</sup> Heute gibt es bereits Kassen, die bis zu 60 Prozent ihrer Beitragseinnahmen an den Risikostrukturausgleichsfonds abführen. Deren Pensionistenanteil liegt dann in der Regel meist unter zwei Prozent im Gegensatz zu den „Versorgerkassen“ mit einem Pensionistenanteil von 25 Prozent aufwärts.

*Risikostruktur-  
ausgleich als  
Folge  
intensivierten  
Wettbewerbs*

Auch in der gegenwärtigen Reformdebatte spielt eine neuerliche Reform des RSA eine gewisse Rolle. Die Einführung von Disease-Management für sieben Diagnosen ist Teil der Reform des RSA, wobei Disease-Management-Programme vorrangig das Ziel haben, für die betroffenen Patientengruppen effiziente, aber auch entsprechend aufwändige Behandlungs- und Betreuungspläne zur Anwendung zu bringen. Der RSA bot bisher keinen Anreiz, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern; er belohnte im Gegenteil die Geschäftspolitik mancher Kassen, eine Verbesserung der Wettbewerbsposition durch aktive Risikoselektion zu erreichen. Das anlässlich einer früheren Reform eingeführte sektorale Budget für Arzneimittel wurde jüngst wieder aufgehoben und hat prompt zu

einer zweistelligen Ausgabensteigerung geführt. Zur Kostendämpfung wurde nunmehr ein von der Pharmaindustrie zu entrichtender einmaliger Solidarbeitrag eingeführt und die Apotheken verpflichtet, bei ärztlichen Arzneimittelverschreibungen das kostengünstigste Medikament abzugeben (aut-idem-Regelung). Zu den großen, wenn auch umstrittenen Reformvorhaben zählt die Einführung der elektronischen Patientenkarte. Mit ihr werden Informationen über Medikamente dokumentiert und sie wird Notfalldaten und Hinweise über vorliegende Grunderkrankungen enthalten.<sup>15</sup> Man erhofft sich dadurch eine gezieltere Diagnose und Therapie und eine Verhinderung unerwünschter Wechselwirkungen bei verordneten Arzneimitteln. Aus informations- und kommunikationstechnischer Sicht soll die elektronische Patientenkarte ein wichtiger Baustein für die interorganisatorische Vernetzung im Gesundheitswesen sein. Mit der geplanten Legalisierung des Internet- und Versandhandels von Arzneimitteln soll ein weiterer Schritt zur Dämpfung der Arzneimittel Ausgaben gesetzt werden. Dieses Vorhaben existiert zum gegebenen Zeitpunkt aber eher als Überschrift. Die derzeitige Reformdiskussion wird im Wesentlichen von der im September 2002 stattfindenden Bundestagswahl bestimmt. Die Gesundheitspolitik steht dabei nicht an vorderster Stelle. Das alles bestimmende Thema im Wahlkampf ist die Wirtschaftspolitik.

#### 2.4. Österreich<sup>16</sup>

Nahezu alle Einwohner Österreichs sind bei einem der 23 sozialen Krankenversicherungsträger oder der 18 Krankenfürsorgeeinrichtungen pflichtversichert; das heißt, es besteht keine Wahlfreiheit. Die Finanzierung erfolgt über Versicherungsbeiträge, die bei den unselbstständig Erwerbstätigen je zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer entrichtet werden. Die sozialen Krankenversicherungsträger sind selbstverwaltet. Die Finanzierung ist solidarisch, da die Beitragshöhe an das Erwerbseinkommen gekoppelt ist.<sup>17</sup> Die Versorgung ist sehr weitreichend und umfasst die stationäre und

*solidarische  
Finanzierung des  
Gesundheits-  
wesens*

ambulante Krankenbehandlung, Zahnbehandlung, abnehmbaren Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen. Der Leistungskatalog umfasst unter anderem noch Arzneimittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Leistungen aus dem Titel Schwangerschaft und Mutterschaft, Krankengeldzahlungen, Psychotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Der überwiegende Teil des Leistungsspektrums ist rechtlich normiert. Eigenbeteiligungen sind in einzelnen Leistungsbereichen üblich und mitunter beträchtlich (abnehmbarer Zahnersatz, kieferorthopädische Leistungen). Für den feststehenden Zahnersatz müssen die Betroffenen zur Gänze selbst aufkommen.

Die Gesundheitsreformen der letzten fünf Jahre bewegten sich im bestehenden System und hatten im Wesentlichen Kostendämpfungs- sowie Versorgungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Ziel. Mit der 1997 in Kraft getretenen Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung wurde wohl einer der weitreichendsten Reformschritte gesetzt. Sie erfolgt nunmehr leistungsorientiert über ein DRG-System. Die von den Krankenversicherungen bereitzustellenden Finanzmittel wurden budgetiert<sup>18</sup> und die jährlichen Mehraufwendungen sind an die Beitragseinnahmesteigerung gekoppelt (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik). Gleichzeitig mit der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung wurde die Grundlage für eine koordinierte Planung der Versorgungsstruktur, insbesondere im Hinblick auf die Schnittstellenoptimierung, gelegt. Diese Aufgabe wird gemeinsam vom Bund (Strukturkommission) und den Ländern (Landeskommissionen) unter Einbeziehung der Sozialversicherung und anderer Stakeholder wahrgenommen. Wichtigstes Instrument ist hierbei der österreichweite Gesundheitsplan, der aus folgenden Teilplänen besteht: Krankenanstaltenplan (einschließlich eines Großgeräteplans), Spitalsambulanzplan, Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, Pflegebereichsplan und Rehabilitationsplan. Ein Meilenstein wurde in der österreichischen Gesundheitspolitik zweifellos mit der Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes im März 1998

*neue Kranken-  
anstalten-  
finanzierung*

*Krankenkassen-  
sanierung:  
Mehr be- als  
entlastende  
Maßnahmen*

gesetzt. Seither werden jährlich rund 7,3 Mio.Euro für die Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten bereitgestellt. Unterstützend und ergänzend dazu koordiniert das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) die Übernahme des für die Region Europa erstellten WHO-Konzepts „Gesundheit für alle“ und Österreich hat mittlerweile im Konzert der europäischen Länder in einzelnen Settings beachtliche Erfolge zu verzeichnen. Gleichzeitig mit der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung wurden Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Krankenanstaltenbereich gesetzt. Auf Initiative und mit Unterstützung des BMSG wurden mittlerweile zahlreiche Projekte zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern durchgeführt, Qualitätshandbücher herausgegeben und eine Qualitätsdrehseibe errichtet.<sup>19</sup> Für den Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte und für Guppenpraxen<sup>20</sup> wurde die Ausarbeitung von Qualitätsstandards und eine fünfjährige Evaluierung der Tätigkeit der Vertragsärzte im Rahmen der 58. Novelle (1.7.2002) zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz festgelegt. Tief greifende Maßnahmen wurden im Rahmen der Reform der sozialen Krankenversicherung gesetzt. Diese waren und sind deshalb notwendig, weil die soziale Krankenversicherung in ihrer Gesamtheit zunehmend in Finanzierungsprobleme geschlittert ist. Diese sind zum Teil ausgabenseitig und zum Teil einnahmenseitig bedingt. Dementsprechend haben die letzten zwei Regierungen auf beiden Seiten Maßnahmen gesetzt. Auf der Einnahmenseite sollten die Einführung der Beitragspflicht für Mitversicherte und Zusatzpensionen von regelmäßig aus öffentlichen Mitteln finanzierten Rechtsträgern, die Erhöhung der Rezeptgebühr um mehr als 20 Prozent und die Einführung des Ambulanzbehandlungsbeitrags (Ambulanzgebühr) eine Verbesserung der finanziellen Situation der Kassen bewirken. Diese Entlastungspolitik wurde jedoch durch andere Maßnahmen mehr als konterkariert: Senkung des Beitragssatzes für Arbeiter, Nicht-Valorisierung der Pauschalabgeltung der Mehrwertsteuer,<sup>21</sup> Senkung des von den Pensionsversicherungsträgern zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrages für Pensionisten, Leistungskürzungen der Arbeitslosenversiche-

rung sowie Pauschalierung des Beitragsaufkommens für Arbeitslose auf der Basis 2001<sup>22</sup> und für Leistungsbezieherinnen nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz mit einem gesetzlich festgelegten Betrag für die Jahre 2002, 2003 und 2004, Halbierung des Beitragssatzes für Zivildienstler und Entfall der Krankenversicherungsbeiträge für Lehrlinge für die ersten beiden Lehrjahre. Auf der Ausgabenseite wurden die Höchstdauer des Krankengeldanspruchs von maximal 78 Wochen auf maximal 52 Wochen verringert und Steuerungsmaßnahmen zur Dämpfung der Arzneimittelausgaben gesetzt. Gleichzeitig erhöhten sich die Ausgaben der Krankenversicherungsträger durch eine Neuregelung der Zahlungen an Privatkrankenanstalten und die Verpflichtung zur Leistung einer zusätzlichen Überweisung an den Strukturfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.<sup>23</sup> Durch die angeführten Maßnahmen wurde der für die soziale Krankenversicherung entlastende Finanzierungseffekt bei weitem nicht erreicht, da die belastenden Maßnahmen die entlastenden deutlich überwiegen. Hätten die beiden Bundesregierungen keine einzige der angeführten Maßnahmen gesetzt, so würden im Jahr 2001 von den 23 Krankenversicherungsträgern 20 schwarze Zahlen geschrieben haben, so waren es gerade einmal neun. Den Höhepunkt der Serie der Reformflops der Krankenversicherung bildet zweifellos die Reform des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger.<sup>24</sup> Dabei nahm die öffentliche politische Debatte um die Verpflichtung der Darlehensbereitstellung von über Rücklagen verfügenden Krankenversicherungsträgern operettenhafte Züge an. Die Befürworter dieses Reformschrittes blieben bis zuletzt die Antwort auf die Kardinalfrage schuldig, wo denn die finanziellen Mittel zur Darlehenstilgung herkommen sollen. Eine von der allgemeinen Öffentlichkeit wenig beachtete, aber für das Gesundheitssystem weitreichende Maßnahme wurde von der amtierenden Bundesregierung mit der Reform des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger gesetzt. Mit dieser Reform wurde nicht nur die Selbstverwaltung des Hauptverbandes de facto zur Bedeutungslosigkeit reduziert, sondern die Organisationsstrukturen des Hauptverbandes passen mit jenen der Sozialversicherungsträger nicht mehr zusammen. Es ist daher

anzunehmen, dass in einem nächsten Schritt gleiche Reformschritte bei den Sozialversicherungsträgern gesetzt werden. Diese Vermutung wird durch massive Bemühungen des Hauptverbandes und des zuständigen Bundesministers, die Kompetenzen des Hauptverbandes zu erweitern, bestärkt.

### 2.5. Schweiz<sup>25</sup>

Mit Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes wurde 1996 eine für die Schweiz einheitliche Krankenversicherungsregelung ins Leben gerufen. Seither besteht für die Schweizer Einwohner und Einwohnerinnen eine Versicherungspflicht, wobei sie ihre Krankenversicherung frei wählen können. Es gibt rund 110 vom Bund anerkannte Krankenversicherungen. Die Möglichkeit des Opting-out zu einer privaten Krankenversicherung ist nicht gegeben. Für die Krankenversicherungen besteht Kontrahierungszwang und es erfolgt ein alters- und geschlechtsbezogener RSA. Die Prämien werden von den Versicherten aufgebracht und sind insofern unsolidarisch, weil es sich um Kopfprämien handelt. Bei einem Krankenhausaufenthalt decken aber die Kantonsbeiträge etwa 50 Prozent der Kosten in der allgemeinen Abteilung ab. Jeder Erwachsene hat innerhalb einer Kasse und Region die gleiche Prämie zu entrichten. Der Wettbewerb der Kassen vollzieht sich hauptsächlich über die Prämienhöhe, da die Leistungen der Grundversorgung bei allen Kassen die gleichen sind. Die Grundversorgung erfasst, mit der Ausnahme zahnmedizinischer Leistungen,<sup>26</sup> sämtliche notwendigen medizinischen Leistungen ohne zeitliche oder finanzielle Begrenzung. Abgedeckt sind auch bestimmte Leistungen für Prävention und Pflege sowie komplementärmedizinische Behandlungen.<sup>27</sup> Es besteht eine Selbstbeteiligung in Form einer Jahresfranchise. Die ersten Behandlungskosten bis zu SFR 230 sind vom Versicherten selbst zu bezahlen. Dazu kommt ein Selbstbehalt von 10 Prozent auf alle Behandlungskosten, wobei für beides zusammen eine jährliche Höchstgrenze von SFR 2.000 besteht. Ein gewisser Solidarausgleich besteht in der Prämiensubventionierung der öffentlichen Hand für einkommensschwache Einwohner und

*Selbstbeteiligung  
in Form einer  
Jahresfranchise*



Einwohnerinnen. Ab einen bestimmten Grenzwert, der kantonal unterschiedlich festgelegt ist, gibt es Zuschüsse durch die öffentliche Hand. Bei Einschreibung in ein Hausarztmodell (Gate Keeper Modell) besteht die Möglichkeit der Prämienreduktion. Eine Reduktion der Prämienhöhe kann auch über den Abschluss einer erhöhten Jahresfranchise erreicht werden. Die Leistungserbringung erfolgt durch frei praktizierende, niedergelassene Allgemeinmediziner und Fachärzte, selbstständig erwerbstätige Vertreter anderer Gesundheitsprofessionen sowie private und öffentliche Krankenanstalten. Im ambulanten Bereich besteht eine Einzelleistungshonorierung über kantonal vereinbarte Tarife. Im stationären Bereich kommen teils Tages- und teils Fallpauschalen zur Anwendung. Die Versicherten haben freie Wahl zwischen den Leistungserbringern innerhalb ihres Kantons. Die Gesundheitspolitik liegt im Zuständigkeitsbereich der Kantone. Die Schweiz hat eine hohe Versorgungsdichte und weist bei den Morbiditäts- und Mortalitätskennziffern im europäischen Vergleich sehr gute Werte auf. Die Bevölkerung ist zwar mit der gesundheitlichen Versorgung sehr zufrieden, klagt aber über die Versicherungsprämien, die jährlich erhöht werden,<sup>28</sup> was nicht weiter verwundert, war doch das Schweizer Gesundheitssystem im Jahr 2000 nach den USA das teuerste.

Die Gesundheitsreformpolitik der Schweiz verfolgt die strategischen Ziele der Kostendämpfung und des Solidarausgleichs. Durch die stark föderalistische Ausprägung der Schweiz liegt der Schwerpunkt der Gesundheitspolitik bei den Kantonen. Auch die derzeit diskutierten Reformpläne verfolgen die Schwerpunkte der Kostendämpfung und des Solidarausgleichs. Reformvorhaben sind in diesem Zusammenhang der Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung, die Einführung eines DRG-Systems und unter der Überschrift „Gleichlange Spieße“, die gleichen Bedingungen für öffentliche und private Spitäler. Das heißt, private Krankenanstalten sollen ebenfalls auf Rechnung der Pflichtversicherung Leistungen erbringen können. Ein weiterer wichtiger Reformfortschritt ist im Zuge der Krankenhausplanung die Erstellung von so genannten Spital-

*abgaben-  
dämpfende  
Maßnahmen*

listen, womit eine Schließung von Krankenhäusern verbunden ist. Dem Nationalrat wurde eine Reihe von Reformvorschlägen vorgelegt, die im Wesentlichen Ausgabendämpfungsmaßnahmen und einnahmenseitige Maßnahmen zu Lasten der privaten Hände vorsehen. In diesem Rahmen sind Maßnahmen zur Ausgabendämpfung im Arzneimittelsektor geplant, wobei der Schwerpunkt auf die Verordnung von Generika gelegt wird. Die Krankenversicherungen sollen durch die Schaffung einer eigenen Pflegeversicherung entlastet werden, welche die bisher von den Krankenversicherungen abgedeckten Ausgaben für Pflegeleistungen übernehmen soll. Diskutiert wird auch die Einschränkung der von den Krankenversicherungen abgedeckten Grundleistungen. Auch in der Schweiz stellt sich gleich wie in Deutschland das Problem, dass auf Grund der durch den Wettbewerb der Krankenversicherer verursachten adversen Risikoverteilung die Notwendigkeit eines RSA besteht. Dieser ist auf Grund der Vielfalt der Versicherungslandschaft nicht nur äußerst kompliziert zu berechnen, sondern muss auch ständig angepasst werden, weil die im System agierenden Versicherer unter Wettbewerbsbedingungen in legitimer Weise auf jeden Reformschritt mit eigenen Gegenstrategien reagieren.<sup>29</sup> Diskutiert wird auch als erheblicher dirigistischer Eingriff die Verhängung eines „Preisstopps“ auf Gesundheitsdienstleistungen und Krankenversicherungsprämien. Im Schweizer System der direkten Demokratie kommt den Volksabstimmungen eine hohe Bedeutung zu. Im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen wurden mehrere Begehren eingeleitet. Vertreter der Privatkliniken möchten mit ihrer Initiative erreichen, dass die freie Arztwahl und der freie Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen garantiert werden soll, wobei bei den Gesundheitseinrichtungen auch private Anbieter einbezogen werden sollen. Die Schweiz hat bereits in einem sehr frühen Stadium die WHO-Ziele „Gesundheit für alle“ für die Region Europa in einen nationalen Gesundheitsförderungsplan übernommen und verzeichnet auch entsprechende Erfolge.<sup>30</sup> Auf Grund der jüngsten wirtschaftlichen Krise musste jedoch wieder einiges zurückgenommen werden. Die 1996 durchgeführte Reform der Krankenversicherung hat in weiteren Bereichen Reform-

notwendigkeiten und entsprechende Reformvorhaben ausgelöst: Verbesserung der gesundheitsstatistischen Datenlage, Einführung von Qualitätsmanagement und Qualitätskontrolle, Verbesserung der Managementinstrumente und Managementfähigkeiten bei Krankenversicherern und Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen sowie die Einführung von Managed Care Modellen.

### 3. Zusammenschau der Reformen

Die bereits durchgeführten Reformmaßnahmen und die noch anstehenden Reformvorhaben sind in den fünf Ländern durchaus ähnlich, wenngleich sehr unterschiedlich akzentuiert. In allen Ländern verzeichnet der Gesundheitsmarkt ein dynamisches Wachstum und zieht daher Maßnahmen zur Ausgabendämpfung nach sich, wobei dieser finanzielle Druck in den Ländern mit Sozialversicherungssystemen deutlich stärker spürbar ist. Dies trifft insbesondere für die wettbewerblich ausgerichteten Systeme Deutschland und Schweiz zu. In den Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen, Dänemark und Finnland, spielen Finanzierungsfragen in der gesundheitspolitischen Diskussion eine eher untergeordnete Rolle. Die beiden Länder haben dafür aber offensichtlich Versorgungsprobleme. Die Reduktion von Wartezeiten auf medizinische Behandlungen steht daher in deren Gesundheitspolitik an prominenter Stelle. In allen betrachteten Ländern werden Fragen der medizinischen Qualität in der Leistungserbringung hohe Priorität eingeräumt und haben zu entsprechenden, in vielen Bereichen ähnlichen, Reformmaßnahmen geführt. Prävention und Gesundheitsförderung steht in allen fünf Ländern auf der Agenda der Gesundheitspolitik, wenngleich hier die strategische Ausrichtung und die Konsequenz bei der Umsetzung die wohl deutlichsten Unterschiede aufweist. Im Folgenden wird auf die Teilbereiche der gesundheitspolitischen Reformdiskussion genauer eingegangen.

*ähnliche  
Maßnahmen zur  
Kostendämpfung*

*Einführung von  
Wettbewerb in  
solidarischen  
Gesundheits-  
systemen*

### 3.1. Systemreformen

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre bewegen sich in Dänemark, Deutschland, Finnland und der Schweiz innerhalb des bestehenden Systems. In Österreich ist das Gesundheitssystem als solches in Diskussion, wobei diese durchaus widersprüchlich ist. Seitens der Regierungsparteien wird die Einführung von Wettbewerb in die soziale Krankenversicherung in Form der Ablösung der Pflichtversicherung durch die Versicherungspflicht immer wieder verlangt. Schwer verständlich ist in diesem Zusammenhang die gleichzeitige Forderung der Freiheitlichen (FPÖ), die im internationalen Vergleich ohnehin bescheidene Anzahl der sozialen Krankenversicherungsträger durch Zusammenlegung zu reduzieren. Hier stellt sich die Frage: Zwischen wem soll dann der Wettbewerb stattfinden? Die bisher erfolgte einzige echte Systemreform war die bereits angeführte Veränderung der Strukturen im Hauptverband. Wird diese konsequent auch bei den Sozialversicherungsträgern durchgezogen, dann ist fraglich, was am Ende herauskommen soll. Werden auch noch die Kompetenzen des zuständigen Bundesministers ausgeweitet – was dieser im Übrigen auch wünscht –, so wäre ein staatliches Gesundheitssystem die Konsequenz. Dies kann aber wohl kaum das von der Regierung gewünschte Ergebnis sein, zumal die Privatisierung öffentlicher Bereiche zur obersten Maxime der Regierungsparteien zählt.

### 3.2. Kostendämpfung

In sämtlichen der betrachteten Länder sind Arzneimittel und die stationäre Versorgung die wesentlichen Kostentreiber im Gesundheitswesen. Dementsprechend konzentrieren sich die Maßnahmen zur Kosten- und Ausgabendämpfung auf diese beiden Bereiche. Im Bereich der Arzneimittel werden Maßnahmen zur Ausgabendämpfung auf Mikro- oder Makroebene gesetzt. Auf der Mikroebene wird einerseits durch die Erhöhung der Eigenbeteiligungen der Patienten und andererseits durch Steuerungsmaßnahmen (Anreize und Sanktionen) bei

den Verordnern versucht, eine Mengen- und Ausgabendämpfung zu erreichen. Gerade im Bereich der Arzneimittel haben Eigenbeteiligungen noch nie den gewünschten Erfolg gebracht, sondern durch Vorzieh- und Nachholeffekte lediglich den Gesamttrend kurzfristig unterbrochen.<sup>31</sup> Die Steuerung bei den Ärzten erfolgt entweder durch die Vorgabe von Budgets, bei deren Nicht-Einhaltung Sanktionen drohen, oder durch das Setzen finanzieller Anreize bei einem erwünschten Verordnungsverhalten. Erstere Maßnahme ist, wie das Beispiel Deutschland zeigt, in jedem Fall erfolgreich. Letztere Maßnahme bringt gleichfalls positive Ergebnisse, ist aber sehr mühsam. Am meisten bringen zweifellos Maßnahmen auf der Makroebene, welche bei der Produktion und Distribution ansetzen. In Österreich wurden durch die Vereinbarung von Spannensenkungen bei Apotheken und Drogengroßhandel entsprechende Erfolge eingefahren. Dieses Instrument ist meines Erachtens mittlerweile ziemlich ausgereizt und es müsste dringend bei den Fabriksabgabepreisen angesetzt werden; ein Weg, den zu beschreiten man sich hierzulande offensichtlich scheut.

*Kosten-  
dämpfungs-  
maßnahmen auf  
Makroebene  
bringen am  
meisten*

Um die Ausgabendynamik im Bereich der stationären Behandlung in den Spitälern zu beschränken, hat man sich in allen fünf Ländern entschlossen, in den Spitälern ein DRG-System einzuführen. Dahinter steht die Überlegung, dass damit die Krankenanstalten angehalten werden, ihre Leistungen betriebswirtschaftlich zu kalkulieren. Ein darauf folgendes ökonomisches Verhalten würde insgesamt kostendämpfend wirken. In allen Ländern hat man aber den meiner Meinung nach fatalen Weg beschritten, das DRG-System als Grundlage zur Honorierung der erbrachten Leistungen heranzuziehen. Die Krankenhäuser bemühen sich daher nicht so sehr um eine betriebswirtschaftliche Kalkulation zum Zweck einer kostengünstigen Leistungserstellung, sondern bewegen sich im System und erstellen solche Leistungen, die im DRG-System gut bewertet werden und damit eine entsprechend hohe Honorierung erbringen.

### 3.3. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

*Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ein internationaler Trend*

In sämtlichen der berücksichtigten Länder gibt es ernsthafte Maßnahmen, die Qualität medizinischer Leistungen zu überprüfen und zu sichern. In allen Ländern wurde der Anfang in den Krankenhäusern gesetzt. Der Bereich der niedergelassenen Ärzte folgte nach. In Dänemark und Finnland setzte man dabei auf die Unterstützung durch staatliche wissenschaftliche Einrichtungen, während in den „Sozialversicherungsländern“, insbesondere im Bereich der frei praktizierenden Gesundheitsberufe, sehr stark auf eine selbst auferlegte Verpflichtung der betroffenen Interessenverbände und Organisationen gesetzt wird.

### 3.4. Prävention und Gesundheitsförderung

*in Österreich wird öffentlicher Gesundheitsdienst beschnitten*

Auch in Sachen Prävention und Gesundheitsförderung gibt es deutliche Unterschiede zwischen Dänemark und Finnland einerseits sowie Deutschland, Österreich und der Schweiz andererseits. Die erstgenannten Länder haben eine klare und nachvollziehbare Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategie, haben entsprechende nationale Pläne erarbeitet und führen akkordierte, flächendeckende Programme durch, die ganz klar auf den Grundsätzen der Ottawa Charta der WHO und deren Folgeprogrammen basieren. In der Schweiz existiert ein nationaler Gesundheitsförderungsplan, dessen Umsetzung allerdings bislang nur in Teilbereichen gelungen ist. Auch hier liegt die Verantwortung für die Planung und Umsetzung bei der öffentlichen Hand. In Deutschland und Österreich fällt Prävention in den Aufgabenbereich sowohl der gesetzlichen respektive sozialen Krankenversicherung als auch des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In Österreich ist die Tendenz zu beobachten, den öffentlichen Gesundheitsdienst zunehmend von den genannten Aufgaben zu entlasten und diese schrittweise der sozialen Krankenversicherung zuzuschieben. Eine meines Erachtens höchst fatale Politik. Angesichts der zunehmend knappen Ressourcen sind die Krankenversicherungen gezwungen, die für die Prävention ohnehin nur bescheiden ein-

gesetzten finanziellen Mittel für kurative Leistungen aufzuwenden, da diese im Akutfall oberste Priorität haben. Meines Erachtens gehört die Prävention überhaupt aus dem Zuständigkeitsbereich der sozialen Krankenversicherung herausgelöst und sollte auf Grund ihres meritorischen Charakters<sup>32</sup> zur Gänze vom öffentlichen Gesundheitsdienst erbracht werden; eine vor dem Hintergrund der erschreckenden Fantasielosigkeit der Gesundheitspolitik in Sachen Prävention<sup>33</sup> wohl müßige Überlegung.

### 3.5. Risikostrukturausgleich

Die Notwendigkeit eines RSA besteht in Sozialversicherungssystemen im Rahmen eines Solidarausgleichs dann, wenn die Klientel einzelner Versicherungen gegenüber anderen ein höheres Erkrankungsrisiko aufweist (z. B. ein überdurchschnittlich hoher Anteil von über 60-Jährigen/Pensionisten). Diese ungleiche Risikoverteilung wird in Sozialversicherungssystemen, die in einem Wettbewerb um Versicherte stehen (Deutschland und Schweiz), noch verschärft, weil es gezielt zu einer Risikoselektion kommt. Der in Österreich bestehende Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger ist kein RSA, sondern ein Finanzausgleich, wobei dieser zum Teil auch das Risiko ausgleichende Effekte aufweist.<sup>34</sup> In einem staatlichen Gesundheitssystem stellt sich das Problem eines RSA nicht, da durch die Erfassung sämtlicher Bürger die Risiken größtmöglich verteilt sind. Die Erfahrungen mit dem RSA sind nicht gerade ermutigend. Er ist äußerst kompliziert zu berechnen, administrativ sehr aufwändig und muss regelmäßig überarbeitet werden, da sich die Krankenversicherungsträger in Wahrung ihrer Eigeninteressen rasch anpassen und damit die Ziele des RSA konterkarieren. Experten vertreten daher die Meinung, dass der RSA mittelfristig scheitern wird und in logischer Konsequenz die Gesetzlichen Krankenversicherungen zu einer Einheitskasse zusammengeführt werden müssen,<sup>35</sup> will man den solidarischen Charakter der GKV nicht aufgeben. Es wäre in der Tat eine Ironie des Schicksals, wenn die eingeschlagene Straße des Wettbewerbs geradewegs zu einem

*Risikostruktur-  
ausgleich: eine  
unendliche  
Geschichte*

(quasi) staatlichen Gesundheitssystem führen würde. Die Alternative ist dann die Verabschiedung vom Solidarprinzip, Einführung einer Basisversorgung und damit Akzeptanz der Unterversorgung eines beträchtlichen Teils der Bevölkerung.

#### 4. Schlussbetrachtung

In den untersuchten Ländern wird betont, dass angesichts der Sachzwänge auf Grund der Internationalisierung und Globalisierung der Handlungsspielraum des Nationalstaates deutlich eingeschränkt sei. Mit Ausnahme der Schweiz haben sich die Länder verpflichtet, die Maastricht-Kriterien zu erfüllen. Auf der Jagd nach dem Nulldefizit und dem Bemühen dem Staat ideale Schlankheitsmaße zu verleihen sind Verteilungsfragen oder Fragen der sozialen Sicherung historische Reminiszenzen. Der kurzfristige Abbau des Budgetdefizits und die mittelfristige Reduktion der Staatsschulden wird naturgemäß den Gesundheitssektor mit seinem traditionell hohen Finanzierungsanteil durch die öffentliche Hand radikal und nachhaltig treffen. In den Staaten mit einem Sozialversicherungssystem kommt noch verschärfend hinzu, dass seitens der Wirtschaft unter der Überschrift „Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit“ Senkung der Lohnnebenkosten (Österreich, Schweiz) oder Beitragssatzstabilität (Deutschland) gefordert werden. Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, die zweifellos im Gesundheitswesen vorhandenen Rationalisierungsreserven auszuschöpfen. Einzelne der oben angeführten Reformschritte weisen auch in diese Richtung. Diese alleine werden aber nicht ausreichen, um angesichts eines dynamisch wachsenden Gesundheitsmarktes die steuer- beziehungsweise beitragsfinanzierten Ausgaben für das Gesundheitswesen zu stabilisieren, geschweige denn zu reduzieren. Logische Konsequenz ist die Überwälzung der Finanzierungslasten an Private. Dies bedeutet einerseits für die das Gesundheitswesen in Anspruch nehmenden Personen (Patienten) erhöhte Eigenbeteiligungen/Selbstbehalte und andererseits eine schrittweise Reduzierung des Leistungskataloges der sozialen Krankenversicherungsträger auf eine immer enger definierte Grundversorgung. Über

*Überwälzung  
der  
Finanzierungs-  
lasten an  
Private*



ungleich teurere private Krankenversicherungen kann oder muss dann eine Zusatzversicherung abgeschlossen werden, welche die wegfallenden Leistungen übernimmt. Dies würde auch völlig im Trend der europäischen Sozialpolitik liegen, die durch eine zunehmende Individualisierung von sozialen Rechten gekennzeichnet ist.<sup>36</sup> Zumindest für die Staaten mit einem Sozialversicherungssystem lässt sich ein Szenario zeichnen, in welchem der Staat nur mehr die Verantwortung für das sozial absolut Notwendige (Existenzminimum, gesundheitliche Mindestversorgung) übernimmt.<sup>37</sup> Das Gespenst der Zwei-Klassen-Medizin dürfte reale Formen annehmen. Nicht umsonst ist international der Trend zu beobachten, die Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten zu reformieren. Das von der Politik der Wirtschaft bereitwillig eingeräumte Primat führt dazu, dass die Politik immer weniger imstande ist, die Wirtschaft zu kontrollieren, was unweigerlich zu einem sozialen Desaster führt. Nicht umsonst vertreten beispielsweise so renommierte Wissenschaftler wie Eric Hobsbawm und John Kenneth Galbraith die Meinung,<sup>38</sup> dass die rasante Ausbreitung neoliberaler, marktwirtschaftlicher Ansätze mittlerweile Dimensionen erreicht hat, welche ihre eigenen Fundamente gefährden.

*Gespenst der  
Zwei-Klassen-  
Medizin dürfte  
reale Formen  
annehmen*

#### Anmerkungen:

- 1 Heidenreich, R., Zur Transformation Europäischer Wohlfahrtsstaaten: Auswirkungen auf Lebensläufe und Risiken, in: Sozialer Fortschritt, Heft 8/1999, S. 196
- 2 Köck, Ch., Ein Recht auf Gesundheitsversorgung? Gesellschaftliche Entsolidarisierung oder Reform des Systems?, Referat gehalten anlässlich des Internationalen Symposiums „Zukunft des Gesundheitswesens“ am 21./22. Oktober 1998 im Radiokulturhaus in Wien
- 3 Quelle: Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.), Reformen im Gesundheitswesen, Gütersloh 2000, S. 19
- 4 Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.), Reformen ..., a.a.O., S. 16 ff.
- 5 Weiterführende Literatur: Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.), Reformen ..., a.a.O.; Järvelin, J., Health Care Systems in Transition: Finnland, Kopenhagen 2002; Wallner, F., Vergleich der Gesundheitssysteme in der EU, Wien 1998
- 6 Weiterführende Literatur: Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.), Reformen ..., a.a.O.; Hohmann, J., Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa, Bern 1998; Vallgård, S., Krasnik, A., Vrangbæk, K., Health Care

- Systems in Transition: Denmark, Kopenhagen 2001; Wallner, F., Vergleich ..., a.a.O.
- 7 diagnostic-related group
  - 8 „Under this system each hospital will receive an up-front budget frame corresponding to 90 % of the DRG rates related to the case mix in the negotiated activity target, with the remaining 10 % allocated according to actual activity.“ (Vallgård, S., Krasnik, A., Vrangbæk, K., Health Care..., a.a.O.)
  - 9 Weiterführende Literatur: Braun, B., Gesundheitspolitik in Deutschland zwischen Kostendämpfung und Systemerosion, in: Meggeneder, O., Noack, H., Reform des Gesundheitswesens. Wer profitiert – Wer verliert?, Linz 2002, S. 23–44; Dixon, A., Health Care Systems in Transition: Germany, Kopenhagen 2000; Henke, K.-D., Dräger, C., Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität, Baden-Baden 2001; Salfeld R., Wettke, J., Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens, Heidelberg 2001
  - 10 Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.), Reformen ..., a.a.O., S. 35f
  - 11 Diese wird in Deutschland Beitragsbemessungsgrenze genannt und beträgt für die Kranken- und Pflegeversicherung (monatlich) 3.375 Euro
  - 12 Für Krankenhäuser und Arzneimittel
  - 13 Frühere Änderungen der Ausgleichsverordnungen des RSA bezogen sich ausschließlich auf dessen Administration. Die vier Ausgleichsfaktoren wurden nicht verändert und die finanziellen Auswirkungen waren marginal.
  - 14 Im Hochrisikopool finden sich Versicherte, für die jährlich mehr als 20.000 Euro aufgewendet werden. Für diese erhalten die GKV eine erhöhte Erstattung aus dem Fonds.
  - 15 Schröder, K. T., Für Reformen mit Augenmaß. Qualität sichern – Wirtschaftlichkeit stärken, in: Die BKK – Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung, Heft 7/2002, S. 297f
  - 16 Weiterführende Literatur: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Strukturen und Verflechtungen im österreichischen Gesundheitswesen, Wien o.J., Hofmarcher, M., Rack, H., Health Care Systems in Transition: Austria, Kopenhagen 2001; Laimböck, M., Die soziale Krankenversorgung zwischen Staat, Monopol und Wettbewerb, Hall in Tirol 2000; Meggeneder, O., Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die soziale Krankenversicherung, in: Meggeneder, O., Noack, H., Reform des Gesundheitswesens. Wer profitiert – Wer verliert?, Linz 2002
  - 17 Die Höchstbeitragsgrundlage beträgt bei den unselbstständig Erwerbstätigen (monatlich) 3.270 Euro; d. h. der Einkommensanteil, der über diesen Betrag hinausgeht, bleibt für die Berechnung des Krankenversicherungsbeitrages unberücksichtigt.
  - 18 Basis bildeten die Zahlungen der sozialen Krankenversicherungsträger des Jahres 1994 für die Krankenanstalten. Die ermittelten Beträge wurden für die erstmalige Zahlung im Jahr 1997 entsprechend aufgewertet.
  - 19 Diese Qualitätsdrehscheibe wurde vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Krankenhausorganisation im Auftrag des BMSG eingerichtet. Nähere Informationen: [www.forumq.at](http://www.forumq.at)
  - 20 2002 wurde ein Rahmenvertrag zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossen. Im gleichen Jahr wurde ein Vertrag mit faktischer Wirkung zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Oö. Gebietskrankenkasse abgeschlossen. Gruppenpraxen heben zweifellos die Versorgungsqualität im niedergelassenen Bereich.

- 21 1997 wurden die sozialen Krankenversicherungsträger unecht steuerbefreit. Dadurch verloren sie die Möglichkeit des Vorsteuerabzuges. Der dadurch entstehende Verlust wird durch den Finanzminister pauschal abgegolten. Die Ausgaben der Krankenversicherungsträger haben sich in den Folgejahren aber drastisch erhöht, insbesondere durch zweistellige Ausgabenzuwächse bei den Arzneimitteln; die Pauschalabgeltung blieb betragsmäßig aber unverändert.
- 22 Durch den Rekordanstieg der Arbeitslosigkeit im Jahr 2002 ergeben sich erhebliche Einnahmefälle für die soziale Krankenversicherung.
- 23 Damit wurde die weiter oben angeführte einkommenorientierte Ausgabenpolitik wieder aufgeweicht.
- 24 Der beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger eingerichtete Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger dient dem Finanzausgleich zwischen den im Fonds vertretenen finanzstarken und finanzschwachen Kassen. Im Zuge der Reform wurde der von Fondskassen zu entrichtende Beitrag, der erst ab 1.1.2001 von 1,4 % der Beitragseinnahmen auf 2 % erhöht wurde, für die Jahre 2003 und 2004 auf 4 Prozent verdoppelt. Gleichzeitig wurden die über Rücklagen verfügenden KV-Träger verpflichtet, dem Fonds ein Darlehen zu gewähren. Darlehensgeber sind die Gebietskrankenkassen NÖ, OÖ, Salzburg und Vorarlberg, SV der Gewerblichen Wirtschaft, SV des Österreichischen Bergbaus und SV der Eisenbahner. Die Rückzahlung der Darlehen soll 2005 beginnen und Ende 2009 abgeschlossen sein. Der Darlehenszinssatz ist an die Einlagefazilität der Europäischen Zentralbank gekoppelt.
- 25 Weiterführende Literatur: Bonelli, M., Das Schweizer Krankenversicherungssystem, in: Die BKK – Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung, Heft 5/1997; Kocher, G., Oggier, W., Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002, Basel 2001; Minder, A., Schoenholzer, H., Amiet, M., Health Care Systems in transition: Switzerland, Kopenhagen 2000, Zweifel, P., Swiss Health Policy, <http://www.unizh.ch/sozoec/>
- 26 Bestimmte, krankheitsbedingte zahnmedizinische Versorgungen werden ebenfalls übernommen.
- 27 Folgende komplementärmedizinische Methoden wurden ab dem 1. Juli 1999 in den Grundversicherungskatalog aufgenommen: Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie. Mit Ausnahme der Akupunktur wurden die übrigen fünf Methoden bis vorläufig 30. Juni 2005 vorbehaltlich in den Leistungskatalog aufgenommen. Bis zu diesem Zeitpunkt wird die Wirksamkeit der Methoden evaluiert und auf Grund der Ergebnisse wird entschieden, ob die Methoden im Leistungskatalog verbleiben. Die Akupunktur steht außer Streit.
- 28 So ist beispielsweise die Krankenversicherungsprämie für einen Arbeitnehmer mit einem Durchschnittseinkommen mit nicht erwerbstätiger Gattin und zwei unversorgten Kindern rund sechs Mal so hoch wie für einen vergleichbaren österreichischen Arbeitnehmer.
- 29 Ausführlich dazu: Spycher, St., Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen, Bern-Stuttgart-Wien 2002
- 30 „The concept of promoting health has become increasingly important in both the public and private sectors. Today a wide variety of actors are pursuing many activities based explicitly or implicitly on this concept. This is also the context of the creation of the Swiss Foundation for Health Promotion.“ Minder, A., Schoenholzer, H., Amiet, M., Health Care Systems ..., a.a.O., S. 76
- 31 Gerade im Arzneimittelbereich gibt es zahlreiche empirische Untersuchungen, welche die Wirkungslosigkeit von Eigenbeteiligungen nachweisen. Vgl. zu-

- sammenfassend: Meggeneder, O., Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung, in: WISO, Heft 2/1998
- 32 Präventionsleistungen haben den Charakter eines öffentlichen Gutes, so ist beispielsweise eine gegen eine Viruserkrankung (z. B. Masern) geimpfte Person nicht nur selbst vor dieser Erkrankung geschützt, sondern alle anderen Menschen können von der geimpften Person auch nicht mit dieser Krankheit angesteckt werden.
  - 33 Wann immer sich österreichische Gesundheitspolitiker bemüßigt fühlen etwas zum Thema Prävention abzusondern, beschränkt sich dies auf die wiederkehrende Klage der geringen Beteiligung an den ohnehin fragwürdigen Gesundenuntersuchungen, an die sich allenfalls die undifferenzierte Forderung nach einer Ausweitung der Untersuchungsparameter anschließt.
  - 34 Auf einen Zuschuss hat ein dem Ausgleichsfonds angehörender Krankenversicherungsträger einen Rechtsanspruch, wenn seine durchschnittliche Beitragseinnahme je Pflichtversicherten die Ausgleichsgrenze nicht erreicht. Als Ausgleichsgrenze gilt der Durchschnitt aller Beitragseinnahmen je Pflichtversicherten bei allen beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern. Mittels des Zuschusses soll die Liquidität des betreffenden Krankenversicherungsträgers verbessert werden. Insgesamt stehen für die Gewährung von Zuschüssen 20 Prozent der frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds zur Verfügung. Hat nun ein Krankenversicherungsträger einen hohen Pensionisten-anteil (z. B. Burgenland), so erreicht er auf Grund der durchschnittlich niedrigeren Beitragsgrundlagen der Pensionisten die Ausgleichsgrenze nicht, hat in der Folge einen Anspruch auf einen Zuschuss und bekommt damit zum Teil das Risiko „Alter“ abgedeckt.
  - 35 Vgl. Greß, S./Braun, B./Groenewegen, P./Wasem, J., Erfahrungen mit der freien Krankenkassenwahl in Deutschland und den Niederlanden, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4/2002; Schulz-Nieswandt, F., Wahlfreiheit, Kontrahierungszwang und Wettbewerb in der GKV, in: Sozialer Fortschritt, Heft 9/1996; Sodan, H./Gast, O., Umverteilung durch „Risikostrukturausgleich“, Berlin 2002
  - 36 Vgl. Behning, U./Feigl-Heihs M., Europäisierung von Wohlfahrtspolitik, in: SWS-Rundschau, Heft 4/2001, S. 459
  - 37 Vgl. Mäder, W., Wohlfahrts- und Sozialstaatlichkeit in der Europäischen Union, in: Sozialer Fortschritt, Heft 6/2002, S. 148
  - 38 Zitiert in: Deppe, H., The Development of the Global Economy on Health Policy, unveröffentlichtes Referat anlässlich der Tagung: Globalizar la salud en un mundo global: Defendiendo la salud en un mundo polarizado, 21.–24. Mai 2002, Mallorca

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  
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](mailto:wiso@ak-ooe.at)  
Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)