

DIE AKTUELLE SITUATION DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS – FINANZNOT UND HANDLUNGSBEDARF

1. Gesundheit als politisches Thema	34
2. Ziel bzw. Mission des öffentlichen Gesundheitssystems	35
3. Ausgaben und Bewertung im internationalen Vergleich	36
4. Private und öffentliche Gesundheitsausgaben 2000	38
5. Gebarungsergebnisse der Krankenkassen	39
6. Aktuelle Finanzproblematik der Krankenkassen	41
7. Perspektiven, Handlungsnotwendigkeiten	46
8. Schlussbemerkung	49

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

Internet: www.isw-linz.at

Josef Probst

**Geschäftsführer
des Hauptverbandes
der österreichischen
Sozialversicherungs-
träger**

1. Gesundheit als politisches Thema

*Wohlstandsland
Österreich*

Österreich hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem der wohlhabendsten Länder der Welt entwickelt, mit niedriger Arbeitslosigkeit und gutem Wirtschaftswachstum bei gleichzeitiger Preisstabilität. Nach den aktuellen Daten zur Wettbewerbsfähigkeit der Nationen liegt Österreich auf dem guten 18. Rang¹. Regelmäßig brüsten wir uns auch, eines der besten Sozial- und Gesundheitssysteme der Welt zu haben. Als eines der reichsten Länder können und sollen wir uns dies auch weiterhin leisten. Überzeugend ist das Wort von Johann Böhm, das als Leitspruch vor dem Gebäude des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger steht: „Soziale Sicherheit ist die verlässlichste Grundlage der Demokratie.“ Essenzieller Teil dieser Sozialen Sicherheit ist das Gesundheitswesen. Wenn wir auch speziell unser Gesundheitswesen regelmäßig als qualitativ hochwertig bezeichnen, so einerseits zu Recht, weil es weitgehend für alle verfügbar ist, andererseits vielleicht zu Unrecht, weil wir nur nicht analysieren und nicht genau hinsehen. Die Herausforderungen, vor denen wir stehen, sind enorm. Mit Selbstzufriedenheit und tradierten Märchen und Mythen werden wir diese nicht bewältigen. Im internationalen Vergleich gibt es einzelne Aspekte, die zumindest auf eine vergleichsweise stabile Ausgangssituation schließen lassen².

Gesundheitspolitik wurde in Österreich in dieser Regierungsperiode zu einem aktuellen, facettenreichen innenpolitischen Thema. Das Spektrum der Diskussion reicht von der Finanznot der Krankenkassen über die Neuorganisation des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger bis zum Dauerbrenner Ambulanzgebühr. Parallel dazu hat eine politische Diskussion über die Organisation des Gesundheitswesens begonnen, die sich zwischen den Polen Bündelung der gesamten Gelder des Gesundheitswesens in neun Landesfonds bzw. Zusammenlegung aller Krankenkassen bewegt.

Mit der Neuorganisation des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden unter anderem Spitzenfunktionäre der Interessenvertretungen von Selbstverwaltungsfunktionen in der Dachorganisation der Sozialversicherung ausgeschlossen. Mit der Beseitigung von Hans Sallmutter als Präsident des Hauptverbandes wurde zwar der Regierungskritiker und der angeblich am Defizit der Krankenkassen Schuldige entfernt, nicht jedoch die schwierige Finanzlage. Die mit 19. April 2001 eingeführte und bereits dreimal novellierte Ambulanzgebühr (10,90 EUR bzw. 18,17 EUR pro Ambulanzbesuch, max. 72,67 EUR pro Jahr) wird den Patienten alle drei Monate vorgeschrieben und sorgt so in regelmäßigen Abständen für Unruhe. Beide gesetzlichen Regelungen wurden vom Verfassungsgerichtshof Gesetzesprüfungsverfahren unterzogen, deren Ergebnisse mit Spannung für September 2002 erwartet werden³. Das drohende Finanzdebakel bei den Krankenkassen wurde vom Gesetzgeber vorläufig provisorisch dadurch aufgefangen, dass Kassen, die über Rücklagen verfügen, gesetzlich verpflichtet wurden, dem Hauptverband bis 2004 ca. 560 Mio. EUR an Darlehen zu gewähren, um den Kassen ohne Rücklagen kurzfristig die notwendige Liquidität zu sichern. Aus welchen Quellen der Hauptverband die Mittel für die Rückzahlung der Darlehen bekommen wird, ist derzeit vollkommen offen. Die gesetzlich verpflichteten Darlehensgeber stehen daher dieser neuen Regelung sehr skeptisch gegenüber. Da bereits vier Krankenkassen und die Vorarlberger Landesregierung angekündigt haben, diese gesetzlichen Bestimmungen anzufechten, wird sich der Verfassungsgerichtshof auch mit dieser Angelegenheit zu befassen haben.

*Neuorganisation
Hauptverband*

Ambulanzgebühr

*Provisorium
Darlehen*

2. Ziel bzw. Mission des öffentlichen Gesundheitssystems

Aufgabe des öffentlichen Gesundheitssystems ist es, für alle die Chancen gesund zu bleiben zu verbessern und im Fall der Erkrankung rasch angemessene Behandlung zu finden⁴. Dies soll durch problemorientierte und nach Zielgruppen differenzierte Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden,

*Prävention,
gleicher Zugang,
menschliche
Ausrichtung,
solidarische
Finanzierung*

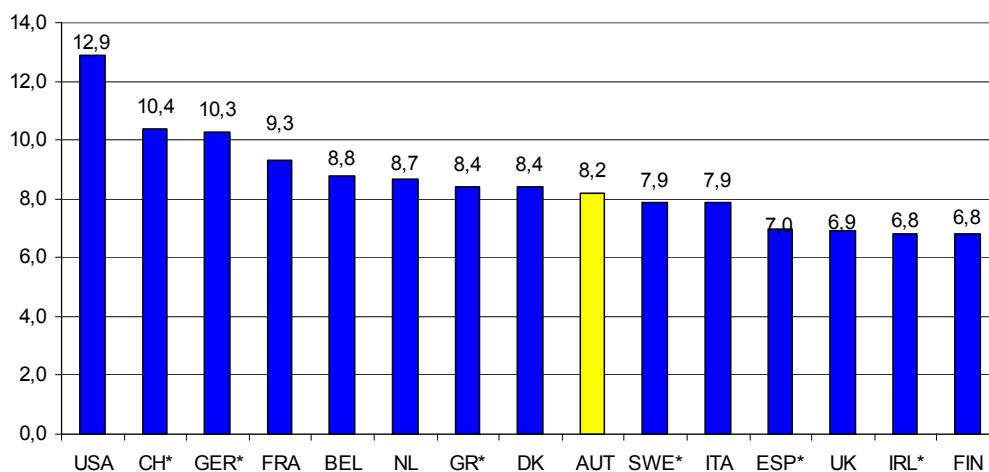
weil die Gesundheitschancen entsprechend dem Einkommen und dem sozialen Status unterschiedlich sind. Es ist ein fairer, gleicher Zugang zur Basisversorgung und zur Spitzenmedizin für alle Menschen sicherzustellen. Das System hat dem Menschen zu dienen und im Patienten nicht ein geduldiges Objekt der Behandlung, sondern einen Mitproduzenten bzw. Produzenten seiner Gesundheit zu sehen. Als Finanzierungsgrundsatz gilt in Österreich nach wie vor das Prinzip der solidarischen Finanzierung.

3. Ausgaben und Bewertung im internationalen Vergleich

*Gesundheitsausgaben
8,2 % des BIP*

Die gesamten, öffentlichen und privaten Ausgaben für Gesundheit betragen in Österreich im Jahr 2000 ca. 227 Milliarden Schilling (16,5 Mrd. EUR). Das sind ca. 8,2 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Die Quote der Gesundheitsausgaben ist damit im mittleren Bereich der westlichen Wohlstandswelt. Die europäischen Spitzenreiter sind Deutschland, Schweiz und Frankreich. Diese werden bei weitem noch übertroffen von den USA.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder in % des BIP 1999



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2001

In absoluten Werten pro Kopf betragen die Gesundheitsausgaben 1999 in den USA rund 4.500 \$, in der Schweiz fast 3.000 \$, in Deutschland etwa 2.500 \$, in Österreich knapp über 2.000 \$ und in Großbritannien gut 1.500 \$⁵. Die österreichischen Gesundheitsausgaben erscheinen im internationalen Vergleich vertretbar und weisen in den letzten Jahrzehnten auch bezüglich der Wachstumsraten keine besonderen Auffälligkeiten auf. Die Gesundheitsausgaben wachsen in allen wohlhabenden Gesellschaften mit wachsendem Wohlstand überproportional.

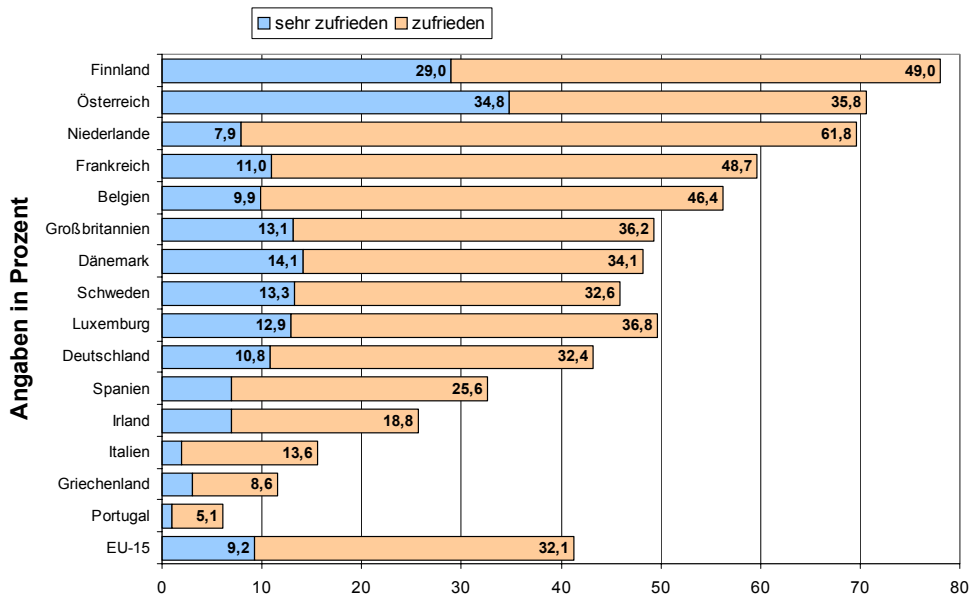
Die WHO hat in ihrem World Health Report 2000 eine indexierte Bewertung der Gesundheitssysteme von 191 Ländern vorgenommen. Bewertet wurden Elemente wie Lebenserwartung, Finanzierungsgerechtigkeit, Patientenorientierung und Gesundheitsausgaben. Nach dieser Bewertung hält Frankreich Platz eins, Österreich ist auf Platz neun gereiht und weit hinter Österreich folgen eine Reihe von Ländern, die für hohe Gesundheitsausgaben bekannt sind: Die Schweiz belegt Platz 20, Deutschland Platz 25 und die USA Platz 37. Österreich kommt in dieser Bewertung der WHO also ziemlich gut weg. Redlicherweise muss aber angemerkt werden, dass die WHO-Bewertung in der Fachliteratur zu Recht scharf kritisiert wurde⁶.

*WHO-Ranking:
Platz 9*

Für uns wesentlicher ist das Ergebnis einer Befragung der Bürger der Staaten der EU durch die Europäische Kommission. Demnach sind 35 % der ÖsterreicherInnen mit der medizinischen Versorgung sehr zufrieden und weitere 35 % zufrieden. Mit mehr als 70 % Zustimmung liegen wir hinter Finnland (78 % Zustimmung) an zweiter Stelle. Der EU-Durchschnitt fällt mit knapp über 40 % Akzeptanz ernüchternd aus⁷.

*hohe
Zufriedenheit der
ÖsterreicherInnen*

Abbildung 2: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung



Quelle: Eurostat (European Commission) 1999

Insgesamt zeigt ein Blick über die Grenzen im Rückblick eine relativ akzeptable Gesamtsituation für unser Gesundheitssystem. Der Prüfstein ist aber die Zukunftsfähigkeit und die Frage der Investition in Innovation und Weiterentwicklung.

4. Private und öffentliche Gesundheitsausgaben 2000

72 % *solidarisch*,
28 % *privat*

Von den insgesamt 227 Milliarden Schilling (16,5 Mrd. EUR) Gesundheitsausgaben werden 50 % über die Sozialversicherung finanziert, 22 % über die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden und 28 % werden von den Menschen privat finanziert⁸. Die privaten Gesundheitsausgaben werden vor allem aufgewendet für Selbstbehalte (insgesamt ca. 1 Mrd. EUR für Rezeptgebühren, Krankenscheingebühren, Spitalskostenbeiträge, Ambulanzgebühren, Kostenbeteiligungen bei Heilbehelfen und Zahnleistungen etc.), zur Finanzierung einer privaten Zusatzkrankenversicherung

(ca. 1 Mrd. EUR), für Selbstmedikation (222 Mio. EUR) und für Alternativmedizin. Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben wächst in den letzten Jahren und erreicht bereits ein sozialstaatlich bedenklich hohes Ausmaß. Der Schwerpunkt der Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte liegt bei der Finanzierung der öffentlichen Spitäler (ca. 4 Mrd. EUR)

*privater Anteil
bedenklich hoch*

5. Gebarungsergebnisse der Krankenkassen

Für die Gesamtsituation im Gesundheitswesen ist die finanzielle Situation des Zahlers mit dem größten Anteil der Gesundheitsausgaben von besonderer Bedeutung. Die finanzielle Situation der Krankenkassen ist seit einigen Jahren stabil, bedauerlicherweise stabil in den roten Zahlen. Die Defizite der Jahre 1999 bis 2002 bewegen sich zwischen 150 und 250 Mio. EUR, im Wesentlichen also bei jährlich ca. 2,5 % der Einnahmen.

stabiles Defizit

Abbildung 3: Gebarungsergebnisse der Krankenversicherung 1992 bis 2002 in Mio. ATS (Mio. EUR)

**Gebarungsergebnisse der Krankenversicherung
1992 bis 2002 in Mio. ATS (Mio. €)**

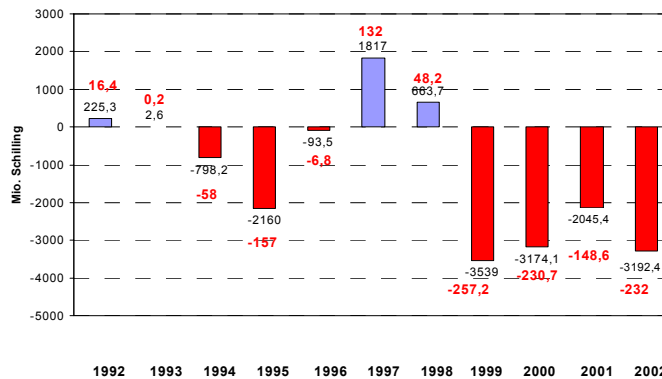


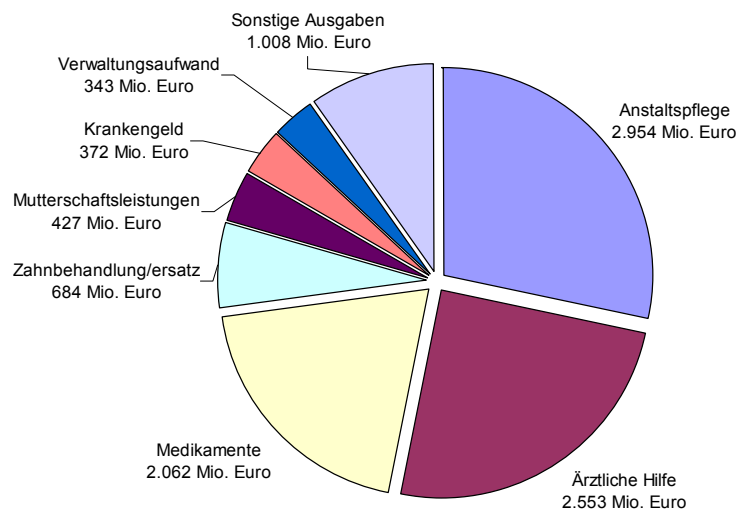
Abbildung 3 Quelle: KV-Träger ER 1992 - 2000, vorl. ER 2001, VA 2002

Quelle: KV-Träger ER 1992– 2000, vorl. ER 2001, VA 2002

Einnahmen: Die Einnahmen der Krankenkassen bestehen zu fast 85 % aus Beiträgen der Versicherten bzw. Dienstgeber, im Übrigen aus Ersätzen für Leistungsaufwendungen und Einnahmen aus Selbstbehalten (z. B. Rezeptgebühren). Einen Überblick über die wesentlichen Ausgaben der Krankenkassen gibt die folgende Abbildung:

Beiträge

Abbildung 4: Krankenkassen-Ausgaben 2001, Gesamtausgaben: 10,4 Mrd. Euro



Ausgaben:
*Krankenanstalten,
Ärzte,
Medikamente*

Die drei großen Ausgabenpositionen Anstaltspflege, ärztliche Hilfe und Medikamente betragen insgesamt 70 % der Ausgaben. Unter Punkt 6. werden daher vor allem die Entwicklung der Beitragseinnahmen und die drei großen Ausgabenpositionen näher beleuchtet. Von politischem Interesse ist daneben aber auch der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen, weil die Beitragszahler selbstverständlich ein berechtigtes Interesse daran haben, dass mit ihrem Geld auch in der Verwaltung sparsam gewirtschaftet wird. Mit 4,7 Mrd. Schilling (343 Mio. EUR) Verwaltungsaufwand im Jahr 2001, das sind 3,3 % der Gesamtausgaben, liegen wir im internationalen Vergleich ausgezeichnet. Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland hatte im Vergleich dazu im Jahr 2000

5,8 %⁹ Verwaltungsaufwand. Rechnet man die absoluten Zahlen von Deutschland auf die österreichische Einwohnerzahl um, so wäre der Verwaltungsaufwand nicht 343 Mio. EUR, sondern 717 Mio. EUR. Obwohl die Verwaltungskosten sehr niedrig sind, hat der Gesetzgeber die Sozialversicherung verpflichtet, im Jahr 2003 die Verwaltungskosten des Jahres 1999 nicht zu überschreiten. Die Sozialversicherung wird dieses ehrgeizige Ziel auch erreichen.

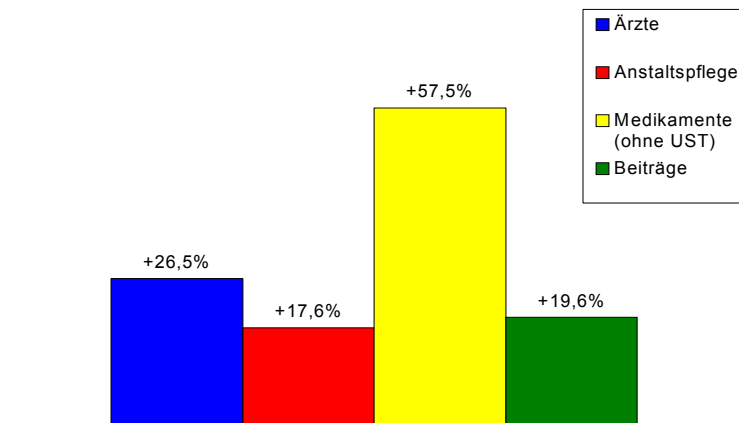
*niedriger
Verwaltungs-
aufwand*

6. Aktuelle Finanzproblematik der Krankenkassen

6.1. Einnahmen- und Ausgabenentwicklung

In Abbildung 5 ist die Entwicklung der Beitragseinnahmen der Ausgabendynamik der drei großen Ausgabenblöcke gegenübergestellt.

Abbildung 5: Krankenversicherung 1995-2000, kumulierte Steigerung in Prozent



Der Befund ist relativ einfach: Die Spitalsaufwendungen der Krankenkassen entwickeln sich in etwa parallel mit den Beitragseinnahmen. Die Ursache ist simpel zu erklären. In der Finanzausgleichs-Vereinbarung¹⁰ zwischen Bund und Ländern ist festgelegt, dass der Pauschalbetrag, den die Kran-

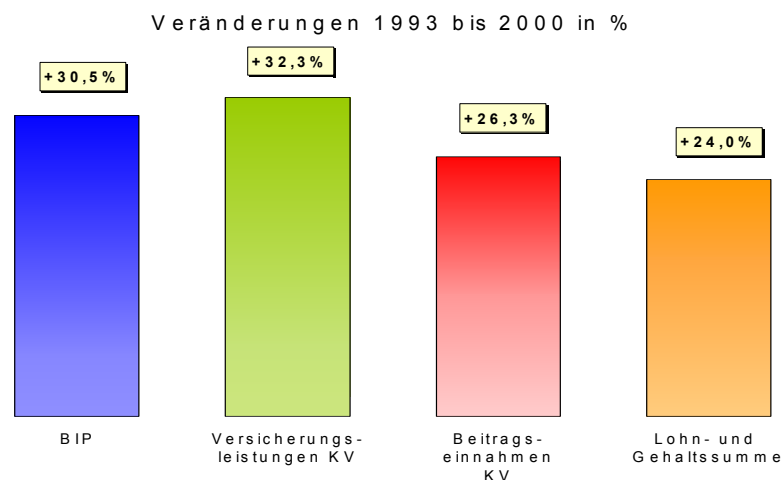
3 Ursachen des Problems:
Beitragseinnahmen;
Medikamentenkosten;
gesetzliche Maßnahmen

krankenkassen in die Spitalsfonds der Länder zu zahlen haben, jährlich – so ist dies gesetzlich festgelegt – entsprechend der Beitragseinnahmementwicklung valorisiert wird. Die Kosten der ärztlichen Hilfe wachsen maßgeblich schneller als die Beitragseinnahmen und die Medikamentenkosten laufen mit der dreifachen Geschwindigkeit der Einnahmementwicklung davon. Der Heilmittelbereich verbraucht so viel an Beitrags-Mehreinnahmen, dass für die beiden anderen großen Ausgabenbereiche eigentlich keine Kostendynamik mehr finanzierbar wäre. Die aktuelle, schwierige Finanzsituation hat aber, wie zu zeigen sein wird, neben der unvermeidbar hohen Steigerung der Medikamentenkosten zwei weitere Hauptursachen: die hinter der volkswirtschaftlichen Entwicklung zurückbleibenden Beitragseinnahmen (Beitragseinnahmenerosion) und die Maßnahmen des Gesetzgebers zu Lasten der Krankenkassen.

6.2. Beitragseinnahmenerosion

Abbildung 6 zeigt das Zurückbleiben der Beitragseinnahmen der Krankenkassen hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes.

Abbildung 6: Beitragseinnahmenerosion



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Mit 26,3 % Beitragseinnahmensteigerung von 1993 bis 2000 bleiben die Einnahmen der Krankenkassen um 4,2 % hinter der Steigerung des BIP und damit hinter der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung zurück. Die Ursache liegt darin, dass die Krankenkassen ihre Beitragseinnahmen als prozentuelle Anteile der Erwerbseinkommen, insbesondere der Löhne und Gehälter, und der Pensionen beziehen. Diese wachsen langsamer als Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen. Die Ausgaben für Versicherungsleistungen blieben bis zum Jahr 2000 mit ihrer Entwicklung leicht über dem BIP. Das heißt, dass es trotz der Defizite der Krankenkassen weder im Bereich der Versicherten noch im Bereich der Leistungserbringer zu maßgeblichen Wohlstandsverlusten (Leistungskürzungen, Gewinneinbußen) gekommen ist. Wenn sich die Beitragseinnahmen in den letzten Jahren parallel zum BIP entwickelt hätten, könnten die Krankenkassen jedenfalls bis Ende 2005 schwarze Zahlen schreiben. Die Wirklichkeit sieht leider anders aus. Eine gleichartige Entwicklung zeigt sich im Übrigen auch in Deutschland¹¹.

Beitragseinnahmen hinter BIP zurück

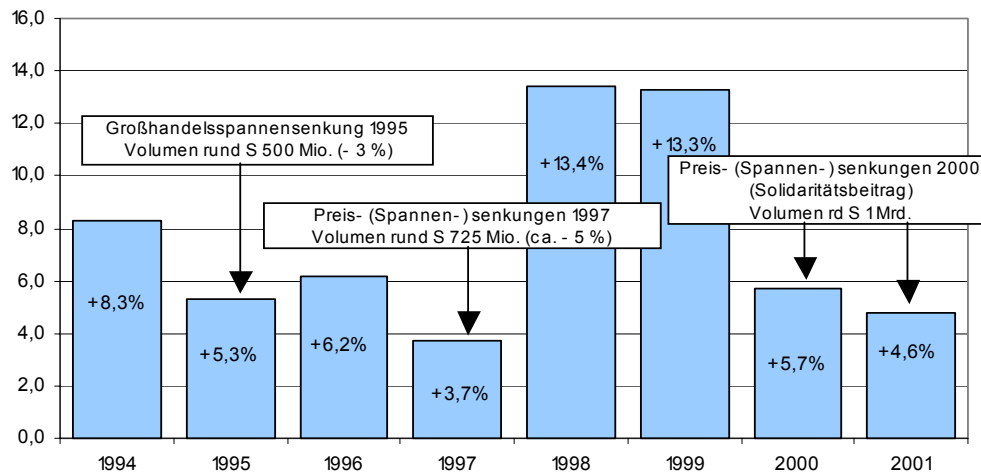
Während sich die Beitragseinnahmen seit 1999 ziemlich gleichmäßig mit ca. 3 % nach oben bewegen, konnte die Ausgabendynamik – wenngleich diese immer über der Beitragseinnahmensteigerung liegt – zumindest seit dem Jahr 2000 etwas eingebremst werden. Das Defizit konnte vorerst auf gleichem Niveau stabilisiert werden.

6.3. Medikamentenkostensteigerung

Die unvertretbar hohe Steigerung der Medikamentenkosten führt bei den Krankenkassen laufend zu Migräneschüben. Nur in Jahren maßgeblicher, vom Hauptverband verhandelter Preis- und Handelsspannensenkungen konnte die Ausgabenentwicklung in einer überschaubaren Dimension gehalten werden und auch in diesen Jahren entspricht die Ausgabenentwicklung dann meist der doppelten Einnahmendynamik.

externe Steigerung der Heilmittelkosten

Abbildung 7: Medikamentenkostenentwicklung 1994–2001, Veränderungen zum Vorjahr in % (KV insgesamt, exkl. Ust.)



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

hohe Handels- spannen

Im internationalen Vergleich liegt Österreich mit den Preisen auf Industrie- bzw. Depoteurebene im unteren Drittel Europas. Hinter uns liegen als preisgünstigere Länder nur mehr Portugal, Italien, Spanien und Frankreich¹². Mit jeder Handelsstufe verlieren wir aber wieder einen Teil dieses Vorteils. Der Großhandelsaufschlag liegt mit durchschnittlich 12,6 % oder 0,95 EUR pro Packung maßgeblich über dem europäischen Durchschnitt. Ähnliches gilt für die Apothekenaufschläge. Mit durchschnittlich ca. 29 % oder ca. 3 EUR pro Packung liegen diese 3,4 %-Punkte über dem europäischen Schnitt¹³. Der Medikamentenmarkt boomt weltweit. Die Umsätze im Einzelhandel sind im Jahr 2001 in Europa um 10 % und in Nordamerika um 17 % gestiegen¹⁴. Im Vergleich dazu nimmt sich die Kostensteigerung bei den Krankenkassen mit 4,6 % fast moderat aus.

Die Schlussfolgerung darf für Österreich dennoch nicht sein, dass wir zwar ein Problem haben, aber beruhigt sind, weil es relativ kleiner ist. Es ist notwendig und macht Sinn, im Medikamentenbereich große Anstrengungen zur Verbesse-

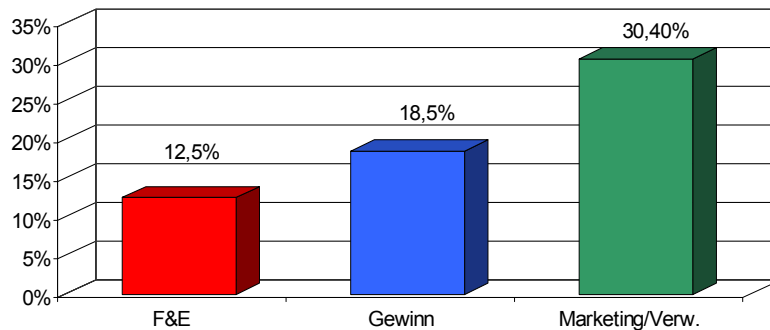
Die Pharmawirtschaft strengt sich in Österreich sehr an: Täglich sind ca. 3.000 Pharmareferenten zu Ärzten unterwegs, um ihre Medikamente zu vermarkten. Die Kosten dieser Pharmareferenten in Höhe von ca. 300 Mio. EUR sind etwa gleich hoch wie die gesamten Verwaltungskosten der Krankenkassen. Die grundsätzliche Ausrichtung der Politik internationaler Konzerne kann Österreich alleine als kleiner Markt sicher nicht beeinflussen.

3.000 Pharmareferenten

Die amerikanische Verbraucherschutzorganisation Public Citizen analysiert regelmäßig und sehr detailliert den amerikanischen Medikamentenmarkt. In ihrem letzten Bericht stellt sie kurz und bündig fest, dass die Pharmaindustrie lange behauptet hat, dass sie außerordentliche Profite benötigt, um riskante Forschung und Entwicklung für neue Medikamente zu finanzieren. Die Berichte zeigen aber, dass die Firmen eher Geld in Gewinne, Marketing und Vertrieb investieren als in Forschung und Entwicklung¹⁵. Der zuständige EU-Kommissar Mario Monti stellt fest, dass natürlich jeder zusätzliche Tag patentierter Produktion zusätzliche Monopolprofite bringt¹⁶.

extreme Profite der Pharmaindustrie

Abbildung 8: Top 10 der US Pharmaindustrie 2001, Ausgaben in % des Umsatzes



Quelle: Public Citizen analysis of company annual reports; Fortune Magazine, April 2002, Fortune 500

6.4. Maßnahmen des Gesetzgebers

Budgetentlastung zu Lasten der Krankenkassen

Der Gesetzgeber hat in dieser Legislaturperiode eine ganze Reihe von Maßnahmen beschlossen, welche die Krankenkassen zusätzlich belasten. So wurde zur Entlastung des Bundesbudgets eine Zahlungsverpflichtung des Bundes zur Spitalfinanzierung in Höhe von 85 Mio. EUR gesetzlich auf die Krankenkassen übertragen. Die ins Auge gefasste Refinanzierung der Krankenkassen durch Einführung einer Beitragspflicht für kinderlose mitversicherte EhegattInnen und Einführung einer Beitragspflicht für bestimmte Zusatzpensionen bringt letztlich nur 15 Mio. EUR¹⁷. Weitere Beispiele sind die Senkung der Krankenkassenbeiträge für Zivildienstler, die Verlängerung der Zahlungsfrist für Sozialversicherungsbeiträge und die gesetzliche Erhöhung der Zahlungen an die privaten Krankenanstalten. Weitere gesetzliche Belastungen stehen mit der Halbierung der Krankenkassenbeiträge für die Arbeitslosenversicherung ab 1.1.2005 (Mindereinnahmen 90 Mio. EUR) und der Ausweitung der Leistungspflicht der Krankenkassen um die Leistungen freiberuflicher Heilmasseur ab 1.1.2003 unmittelbar bevor. Zusatzeinnahmen erhielten die Krankenkassen durch die Anhebung der Rezeptgebühr, durch die Einführung der Ambulanzgebühr und durch die Zuführung von Mitteln aus der Anhebung der Tabaksteuer. Trotz dieser Zusatzeinnahmen verbleibt allein für die Jahre 2001 und 2002 den Krankenkassen per Saldo eine Mehrbelastung durch gesetzliche Maßnahmen in Höhe von 100 Mio. EUR.

7. Perspektiven, Handlungsnotwendigkeiten

7.1. Klarstellung des zukünftigen Leistungsniveaus

Besonders wichtig ist für die Versicherten die politische und gesetzliche Klarstellung des zukünftigen Leistungsniveaus des öffentlich organisierten und solidarisch finanzierten Gesundheitssystems. Die Diskussion um die Beseitigung der Pflichtversicherung und die Einführung der Versicherungspflicht wurde vergangenes Jahr mit der Vorlage des Berichtes

einer Expertenkommission an den zuständigen Bundesminister vorerst beendet. Bilanzfälschungen, das Zerplatzen mancher Seifenblasen der New Economy und die Einbrüche der Börsenkurse haben das Vertrauen in private Absicherungssysteme für Pensionen, Invalidität und Krankheit generell gestört. Manche befürchten aber eine Neuauflage des Themas Versicherungspflicht bei nächster Gelegenheit¹⁸.

Im Zuge der Definition des zukünftigen Leistungsniveaus sind inhaltlich einige politische Fragen zu klären, und zwar Fragen bezüglich Verbesserungsnotwendigkeiten, neuer Herausforderungen und Investition in Innovation im öffentlichen Gesundheitssystem. Ergänzungsbedürftig sind nach wie vor die ambulante psychotherapeutische Versorgung, die psychiatrische Rehabilitation und die stationäre psychosomatische Betreuung. Intensiverer Aufmerksamkeit bedarf das Thema Sterbebegleitung. Im Zahnbehandlungsbereich fehlen zeitgemäße, leistbare Kieferregulierungen und beim Zahnersatz sind die Leistungen der Krankenkassen in Form von abnehmbarem Zahnersatz bereits durch zwei medizinische Generationssprünge überholt, nämlich durch Kronen und Brücken bzw. die Implantattechnik. Intensivere Aktivitäten sind auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung notwendig (betriebliche Gesundheitsförderung, Zahngesundheitsförderung, Konzept für Erwachsenenimpfungen etc.), vor allem wäre ein strategisches Konzept zu entwickeln, wie wir in Österreich den maßgeblichen Volkskrankheiten zu Leibe rücken. Essenziell ist die Frage der Investition in Innovation. Wenn wir in medizinischen Fortschritt investieren, werden auch in Zukunft Patienten aus anderen Ländern zur Behandlung nach Österreich kommen. Tun wir dies nicht, dann werden wir zukünftig um teures Geld Spezialbehandlungen für unsere Patienten im Ausland einkaufen müssen und volkswirtschaftlich am boomenden Gesundheitsmarkt nicht teilhaben.

*Verbesserungs-
notwendigkeiten*

7.2. Ausgabenseitige und einnahmenseitige Maßnahmen

*Produktivitäts-
steigerung*

Neben Sparsamkeit in der Verwaltung des Gesundheitssystems ist es dringend geboten die Effektivität und Effizienz des Mitteleinsatzes zu erhöhen. Produktivitätssteigerung und Verbesserung der Qualität der Versorgung müssen logische Priorität vor der Erhöhung von Einnahmen oder gar der weiteren Kürzung von Leistungen haben. Angesichts der Tatsache, dass 20 % der Menschen, nämlich die schwer erkrankten, 80 % der Ressourcen im Gesundheitssystem verbrauchen, muss klar sein, dass Leistungskürzungen und Erhöhung von Selbsthalten sozialstaatlich in die falsche Richtung gehen. Viel effektiver ist die Beeinflussung des Angebotes unter kritischer Berücksichtigung des aktuellen medizinischen Erkenntnisstandes (Health Technology Assessment, Evidence Based Medicine). Auch die Preise und Bezahlungssysteme medizinischer Leistungen sind kritisch zu durchforsten. Einfach nachvollziehbar ist wahrscheinlich, dass teure und nicht mehr zeitgemäße gesellschaftliche Sondervorteile, wie die jährliche automatische Anhebung der Tarife der Vertragsärzte bei fünf Gebietskrankenkassen (Honorarautomatik), dringend beseitigt werden müssen. Dafür ist aber besondere politische Unterstützung notwendig, denn freiwillig ist wohl niemand bereit auf eine derartige luxuriöse Absicherung zu verzichten. Alleine eine Senkung der Handelsspannen bei Medikamenten auf den EU-Durchschnitt, wie dies im Regierungsprogramm angekündigt wurde, würde die Krankenkassen beispielsweise um ca. 70 Mio. EUR entlasten.

*zusätzliche
Einnahmen
notwendig*

Neben der kritischen Suche nach Möglichkeiten der Steigerung der Produktivität wird es aber unumgänglich sein, den Krankenkassen die gesetzlichen Belastungen auszugleichen und dem Gesundheitssystem zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Entscheidet sich die Politik darüber hinaus Leistungsergänzungen vorzunehmen, so müssen auch diese finanziell bedeckt werden. Die Bandbreite der politisch diskutierten Möglichkeiten zur Aufbringung zusätzlicher Gelder reicht weiterhin von der Zweckbindung von Steuern auf Produkte, die die

Gesundheit beeinträchtigen (Tabaksteuer, Alkoholsteuer, Biersteuer, Mineralölsteuer, Kraftfahrzeugsteuer), über wertschöpfungsorientierte Beitragselemente, die Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage, die Senkung anderer Versicherungsbeiträge (z. B. des Unfallversicherungsbeitrages) zugunsten des Krankenversicherungsbeitrages, bis zur bloßen Anhebung des Beitragssatzes der Krankenkassen.

8. Schlussbemerkung

Abschließend ist nochmals festzuhalten, dass sich Österreich als eines der reichsten Länder der Welt auch künftig ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem leisten kann. Das politische Handlungsfeld Gesundheitspolitik wird weiter an Bedeutung zunehmen und die Themen Produktivität, Qualität und Organisation des Systems drängen in den Vordergrund. Was bleiben wird, ist die Frage, ob wir uns weiterhin Solidarität der Gesunden mit den Kranken und der Bessergestellten mit den sozial Schwächeren leisten wollen. Wir wären gut beraten es zu tun, denn wer hat schon mit hinreichender Sicherheit Gesundheit und Wohlstand für sich und seine Angehörigen bis ans Lebensende gepachtet?

Österreich kann sich ein gutes Gesundheitssystem leisten

Anmerkungen:

- 1 Quelle: IMD: World Competitiveness Yearbook 2002, www02.imd.ch/documents/wcy/content/pressEnglish.pdf 12. August 2002, sowie http://europa.eu.int/comm/enterprise/library/enterprise-papers/pdf/enterprise_paper_04_2001.pdf, 8. August 2002
- 2 Vgl. Punkt 3.
- 3 Der Verfassungsgerichtshof hat in seinen Erkenntnissen B 9/02-10 vom 29. Juni 2002 und B 1492/01-11 vom 26. Juni 2002 mit Beschluss Gesetzesprüfungsverfahren eingeleitet.
- 4 Vgl. § 133 Abs 2 ASVG „Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten ...“
- 5 OECD Gesundheitsdaten 2001
- 6 Vgl. dazu Navarro, Assessment of the World Health Report 2000, in: THE LANCET, Vol. 356, 2000, S. 1598. Weiters THE LANCET, Vol 357, 2001, S. 1633
- 7 Quelle: Eurostat (European Commission) 1999
- 8 Quelle: Statistik Austria, www.statistik.at/fachbereich_03/gesundheit_ausgaben.shtml, 12. August 2002

- 9 Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, www.bmggesundheits.de, 8. August 2002
- 10 Vereinbarung gemäß Art 15a B-VfG zur Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung 2001 bis 2004
- 11 Meyers-Middendorf, Sozioökonomische Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung, in Knieps (Hrsg.), Stichwort: Gesundheitspolitik, Aspekte, Analysen, Argumente, Bonn 2002, S. 60 ff.
- 12 Fiala, M. – Clement, W., Empirische Grundlagen des österreichischen Pharmagroßhandels im europäischen Vergleich, Wien 2000, S. 34
- 13 Fiala, M. – Clement, W., Empirische Grundlagen des österreichischen Pharmagroßhandels im europäischen Vergleich, Wien 2000, S. 34; ÖBIG-Studie, Arzneimittelausgaben – Strategien zur Kostendämpfung in der EU, 2002, S. 397
- 14 World Drug Purchases – Retail Pharmacies, IMS Health – Drug Monitor: 12 Months to January 2002, www.imshealth.com 8. August 2002
- 15 Public Citizen analysis of company annual reports, in Fortune Magazine, Fortune 500, April 2002
- 16 Monti, M., EC antitrust policy in the Pharmaceutical sector, 2001, S. 17
- 17 Die Beitragspflicht für bestimmte Zusatzpensionen hatte lediglich Einnahmen von 10 Mio. EUR gebracht. Letztlich wurde die Regelung vom Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 28. Juni 2002, G 8/02-7, mit Ablauf des 31. Dezember 2002 als verfassungswidrig aufgehoben.
- 18 Vgl. zu Versicherungspflicht: Probst, J., Versicherungspflicht: PEPSL oder Wundermittel in Pichler, J. W. (Hrsg.), Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, Salzburg 2001

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