

Projektbericht
Research Report

**Zukunft der
Gesundheitsausgaben und
Gesundheitsfinanzierung in
Österreich I:
Konsolidierungsszenarien**

Thomas Czypionka
Gerald Röhrling



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES

Vienna

Projektbericht
Research Report

Zukunft der Gesundheitsausgaben und Gesundheitsfinanzierung in Österreich I: Konsolidierungsszenarien

Thomas Czypionka
Gerald Röhrling

Endbericht

Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen (BMF)

Dezember 2011

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Thomas Czipionka

☎: +43/1/599 91-127

email: thomas.czipionka@ihs.ac.at

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Gesundheitsausgaben und Komponenten	2
2.1. Der stationäre Sektor	3
2.2. Der ambulante Sektor	7
2.3. Verwaltung	13
2.4. Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst.....	15
2.5. Öffentliche Investitionen	18
3. Konsolidierungsszenarien	19
3.1. Einnahmenorientierte Varianten	21
3.2. Effizienzpotentiale	24
3.3. Allokative Verschiebung	25
3.4. Maastricht-Konformität	26
4. Umsetzung	28
5. Literatur	31

Abbildungen

Abbildung 1: Gesamte Gesundheitsausgaben, pro Kopf, US\$ PPP	2
Abbildung 2: Kosten in Fondsspitalern, Preise 2005, Index 2000	3
Abbildung 3: Kennzahlen Fondsspitaler 1, Bundesländer, Österreich=100	5
Abbildung 4: Kennzahlen Fondsspitaler 2, Bundesländer, Österreich=100	5
Abbildung 5: Erhöhung des öffentlichen Schuldenstandes durch Schulden der öffentliche Krankenanstalten, Revision März 2011	6
Abbildung 6: Projektion der patientenbezogenen Kosten in Fondsspitalern, Index 2000=1007	
Abbildung 7: Saldenentwicklung in der Krankenversicherung.....	8
Abbildung 8: Reinvermögen der Gebietskrankenkassen, per 31.12., gesamt	9
Abbildung 9: Reinvermögen der Gebietskrankenkassen, per 31.12., nach Kassen	9
Abbildung 10: Projektion der gesamten Ausgaben in der Krankenversicherung mit und ohne Konsolidierung	12
Abbildung 11: Projektion der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen sowie der Arzneimittelausgaben	12
Abbildung 12: Kosten des Verwaltungspersonals in Österreichs Fondsspitalern, pro LKF- Punkt in Euro und jahresdurchschnittliche Wachstumsraten 2005 und 2009 in Prozent	14
Abbildung 13: Verwaltungs- und Verrechnungsauswand in der Krankenversicherung	15
Abbildung 14: Öffentliche Ausgaben für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst, in Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben.....	16
Abbildung 15: Öffentliche Ausgaben für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst.....	16
Abbildung 16: Öffentliche Investitionen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen.....	18
Abbildung 17: Stationärer Bereich der Fondsspitaler, BIP-Koppelung	22
Abbildung 18: Gesamte Ausgaben der Krankenversicherung, BIP-Koppelung.....	23
Abbildung 19: Stationärer Bereich der Fondsspitaler, Effizienzpotentiale (10 Prozent Einsparung auf neun Jahre (2012-2021)	24
Abbildung 20: Spitalsambulanzen werden ganz von der Krankenversicherung finanziert, konsolidiertes Wachstum der gesamten KV-Ausgaben (bereinigt um Ausgaben der KV für Spitalsambulanzen).....	25

1. Einleitung

Ziel dieser ersten Stufe der Studie ist ein erster Entwurf zu Konsolidierungspfaden im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung einer langfristigen Perspektive und der politischen Umsetzbarkeit im Sinne der bereits laufenden Prozesse. Dabei werden auch Vorschläge zur politischen Umsetzbarkeit gemacht.

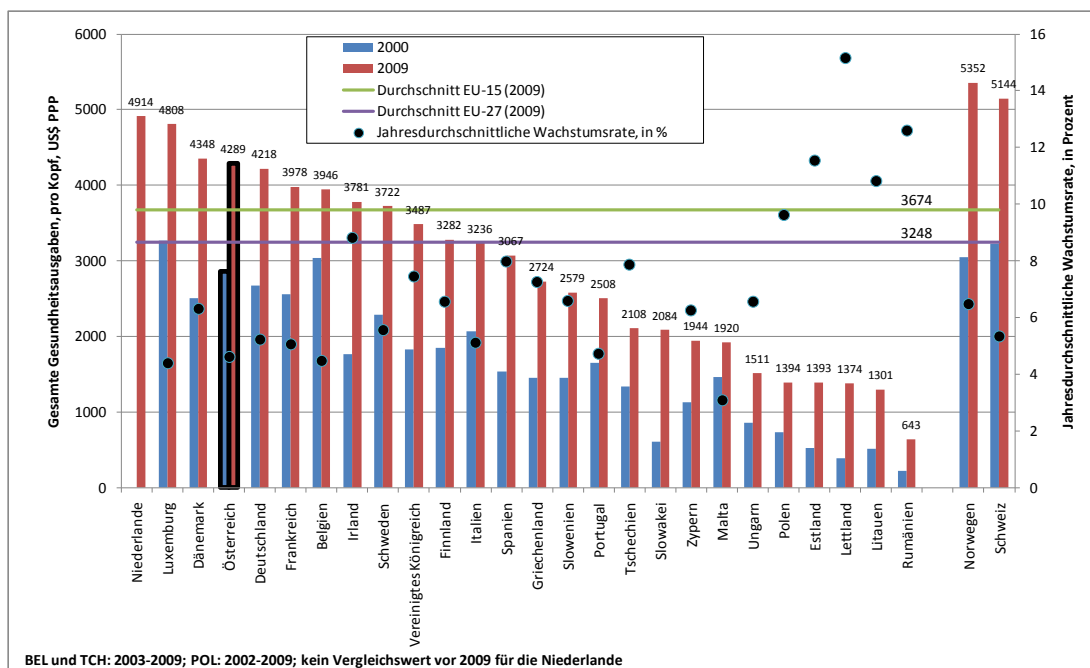
Aus Sicht der Autoren erscheint es sinnvoll, die notwendige Datenbasis mit allen Akteuren abzustimmen und außer Streit zu stellen. Für unsere Berechnungen müssen wir auf die offiziell vorhandenen Daten zurückgreifen. Längerfristig sollten die Datenbasis sowie inhaltliche Vorschläge mit den Ergebnissen der Arbeitsgruppen der Bundesgesundheitskommission (AG Finanzierung, AG „Kassasturz“, AG Versorgungsprozesse) abgestimmt werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass schon bei den Diskussions- bzw. Berechnungsgrundlagen zwischen den Parteien kein gemeinsames Verständnis besteht.

Kapitel 2 stellt die Ausgangslage in aller Kürze dar und geht auf die einzelnen Sektoren und ihre Kostenentwicklung ein. In Kapitel 3 werden aufgrund konkreter normativer Vorgaben Szenarien errechnet. Kapitel 4 macht Vorschläge zur Implementierung.

2. Gesundheitsausgaben und Komponenten

Insgesamt wurden im Jahr 2009 in Österreich rund 30,3 Mrd. Euro für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. Die BIP-Quote kletterte 2009 bereits auf 11,0 Prozent. Die Pro-Kopf-Betrachtung (US\$, PPP) zeigt, dass Österreich hier im europäischen Spitzenfeld zu liegen kommt, vgl. Abbildung 1. Österreich gibt pro Kopf um 17 Prozent mehr aus als die EU15 im Durchschnitt; erweitert man auf die EU27 sind die Ausgaben pro Kopf sogar um knapp ein Drittel höher.

Abbildung 1: Gesamte Gesundheitsausgaben, pro Kopf, US\$ PPP



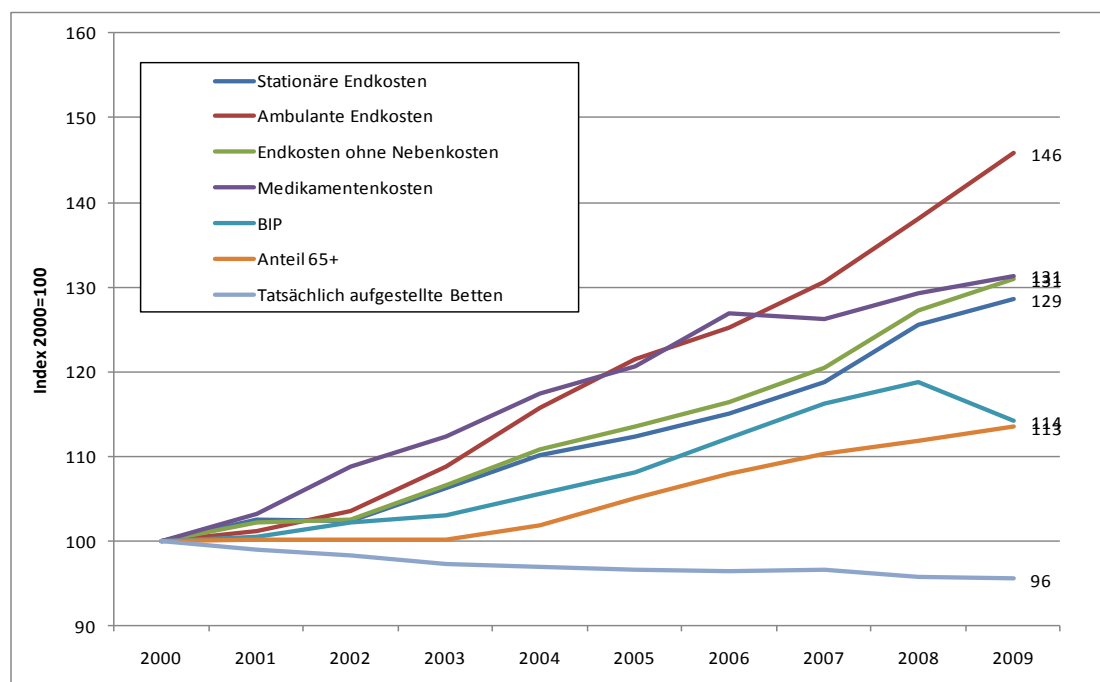
Quelle: WHO Health for all database, Juli 2011, IHS HealthEcon 2011.

Für die Festlegung von Konsolidierungszielen sind jedoch die Gesundheitsausgaben nach SHA und ihre Teilaggregate nur bedingt geeignet, da die Konzeption von SHA auf internationale Vergleichbarkeit ausgelegt ist, zur Operationisierung von Konsolidierungszielen aber Größen verwendet werden müssen, die vom jeweiligen Entscheidungsträger kontrolliert werden können. Daher wurden für die Komponenten in SHA im Folgenden geeignetere Datenbasen verwendet.

2.1. Der stationäre Sektor

Für die stationäre Gesundheitsversorgung (inkl. stationäre Gesundheitsversorgung in Pflegeheimen) wurden 2009 gemäß SHA von öffentlicher Hand rund 10,6 Mrd. Euro ausgegeben. Dieser Sektor nimmt nicht nur innerhalb der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben eine dominierende Stellung ein (45 Prozent), sondern war gegenüber dem Referenzjahr 2000¹ auch einer starken Wachstumsdynamik unterworfen: Das jahresdurchschnittliche Wachstum belief sich auf 5,0 Prozent und lag somit deutlich über dem durchschnittlichen BIP-Wachstum der Periode 2000-2008 von 4,0 Prozent². Aufgrund der unterschiedlichen Behandlungssettings (Akutsektor, LTC-Sektor) in diesem Aggregat und der fehlenden vollständigen Separation dieser in der Zeitreihe, erfolgt im Folgenden für den stationären Sektor eine Kostenentwicklungsanalyse und Projektion ausschließlich für den Bereich der landesfondsfinanzierten Spitäler (kurz. Fondsspitäler).

Abbildung 2: Kosten in Fondsspitalern, Preise 2005, Index 2000



Quelle: BMG, Statistik Austria, IHS HealthEcon 2011.

¹ Aufgrund höchst unterschiedlicher Wachstumsraten in den beiden Zeiträumen 1990-2000 und 2000-2009 – determiniert durch veränderte Politiken – ist es insbesondere in Bezug auf Projektionen nur sinnvoll, jahresdurchschnittliche Wachstumsraten für den Zeitraum 2000-2009 zu betrachten. Die Analyse zeigt auch eine deutlich geringere Variation der Wachstumsraten zwischen 2000 und 2009. Der Konsolidierungsbedarf wäre andernfalls scheinbar viel geringer.

² Das Krisenjahr 2009 wurde in diesem Zusammenhang ausgeklammert.

Die Endkosten³ der für die öffentliche Versorgung zuständigen Fondsspitäler beliefen sich im Jahre 2009 auf rund 10,7 Mrd. Euro. In etwa 92 Prozent bilden dabei patientenbezogene Kosten ab – dazu zählen einerseits stationäre Endkosten (8,3 Mrd. Euro oder 78 Prozent der gesamten Endkosten) und andererseits ambulante Endkosten (Kosten der Spitalsambulanzen; 1,5 Mrd. Euro oder 14 Prozent der gesamten Endkosten). Die patientenbezogenen Kosten (Endkosten ohne Nebenkosten⁴) stiegen im Beobachtungszeitraum 2000-2009 um jahresdurchschnittlich 4,7 Prozent, wobei insbesondere die Teilkomponente der Ausgaben in Spitalsambulanzen mit jahresdurchschnittlich 6,0 Prozent eine ausgesprochen hohe Wachstumsentwicklung aufweist. Abbildung 2 illustriert nochmals die ausgeprägte Ausgabendynamik zu BIP-Preisen 2005 im Bereich der Fondsspitäler vergleichend zur realen BIP-Entwicklung, zum Altenanteil der über 65-Jährigen und der Ressourcenausstattung in den Fondsspitalern.

Das Spitalswesen in Österreich ist dadurch gekennzeichnet, dass die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung in den Zuständigkeitsbereich der Länder fällt (Art. 12 B-VG). Diese erstellen die Krankenanstaltenpläne und sind auch Spitalsbetreiber – entweder direkt oder über die in ihrem Eigentum stehenden Spitalsbetriebsgesellschaften. Über ihre Umsatzsteueranteile, zusätzliche Landesmittel an den jeweiligen Landesgesundheitsfonds sowie ex post im Wege der Betriebsabgangsdeckung finanzieren die Bundesländer auch rund 30 Prozent der Endkosten ohne Nebenkosten.

Die Wachstumsdynamik dieser patientenbezogenen Kosten in Fondsspitalern ist in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich ausgeprägt. Im Bereich der stationären Endkosten weisen insbesondere die Bundesländer Niederösterreich (6,1 Prozent) und Oberösterreich (5,9 Prozent) überdurchschnittlich hohe jahresdurchschnittliche Wachstumsraten im Beobachtungszeitraum 2000-2009 auf, vgl. Abbildung 3. Wie im stationären Bereich ist auch im Bereich der Spitalsambulanzen die stärkste Wachstumsdynamik im Bundesland Niederösterreich festzustellen (9,5 Prozent). Aber auch in Kärnten, der Steiermark und Oberösterreich sind hohe Wachstumsraten (zwischen 7,4 und 8,4 Prozent) zu konstatieren.

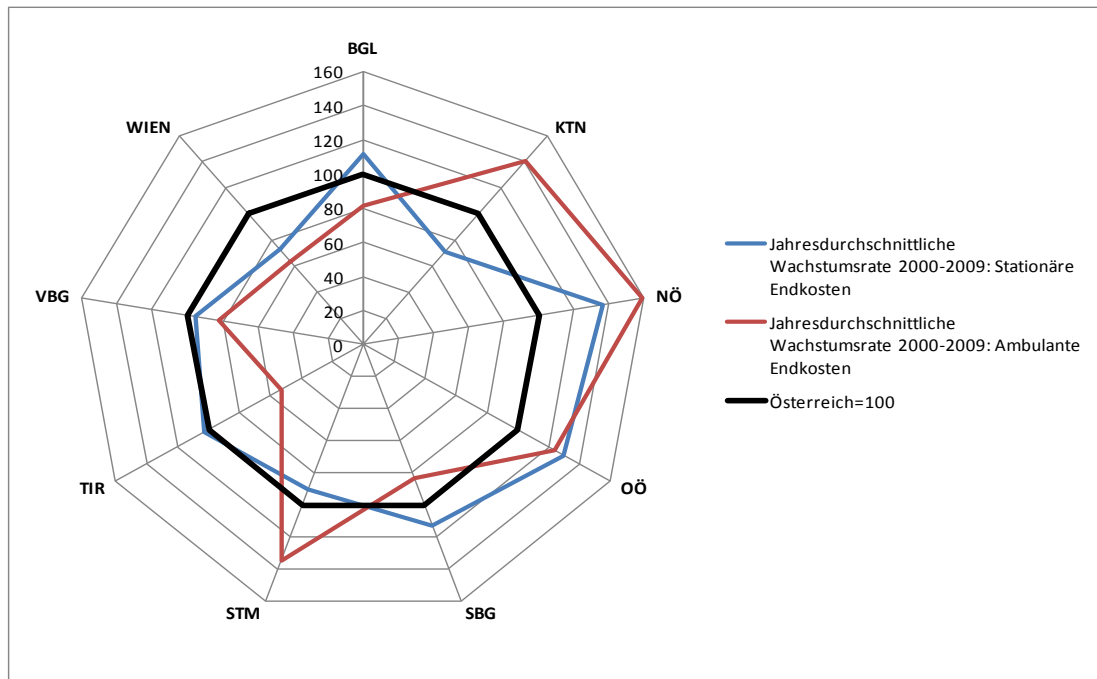
Die Variation der stationären Endkosten je tatsächlich aufgestelltem Bett bzw. je erwirtschaftetem LKF-Punkt ist über die einzelnen Bundesländer hinweg geringer ausgeprägt, vgl. Abbildung 4. Ausnahme stellt in diesem Fall das Bundesland Wien dar, welches aber aufgrund des Großstadtfaktors und des AKHs eine besondere Rolle einnimmt. In Wien werden oft besonders schwere Fälle behandelt, was auch mit ein Grund dafür sein kann, dass beispielsweise die stationären Kosten je LKF-Punkt mit 1,36 Euro je Punkt um

³ Endkosten sind einfache ursprüngliche Kosten, die von außen in den Wirtschaftsbereich Krankenhaus eingehen (Primärkosten) abzüglich Kostenminderungen.

⁴ Die Nebenkostenstellen beinhalten beispielsweise Ausbildungsstätten für Pflegepersonal, die einem Spital angeschlossen sind, über den Dienstgeber verrechnete Pensionszahlungen, ans Spital angeschlossene Güter, Geschäfte im Spital, etc.

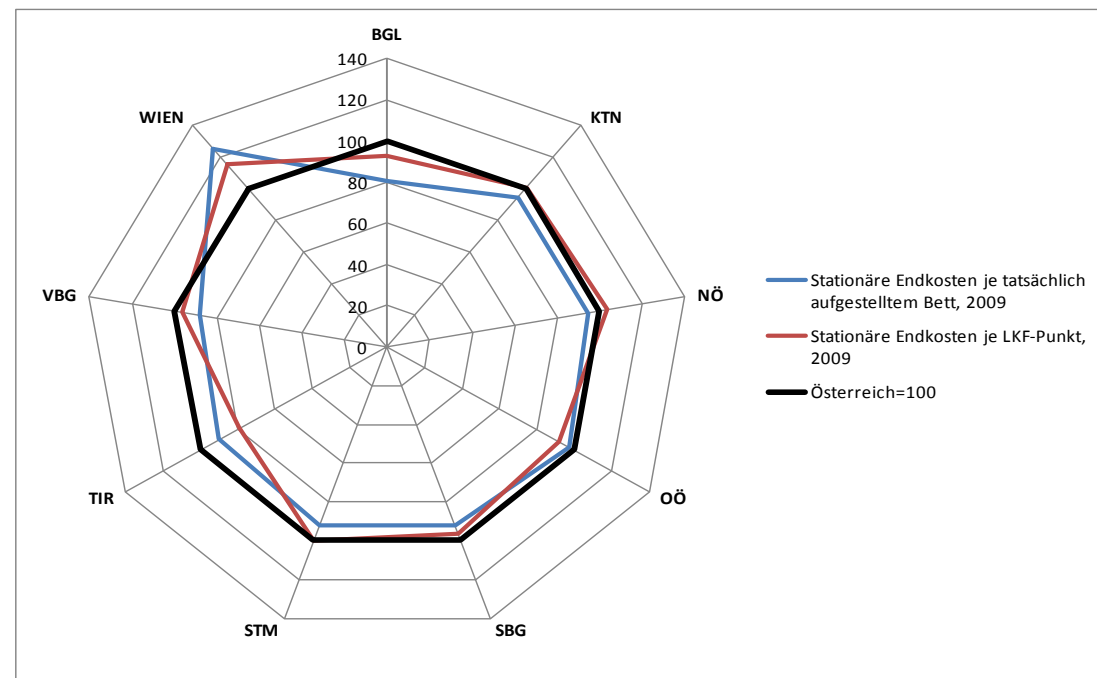
rund 15 Prozent über dem gesamtösterreichischen Punktwert von 1,18 Euro zu liegen kommen.

Abbildung 3: Kennzahlen Fondsspitäler 1, Bundesländer, Österreich=100



Quelle: BMG, IHS HealthEcon 2011.

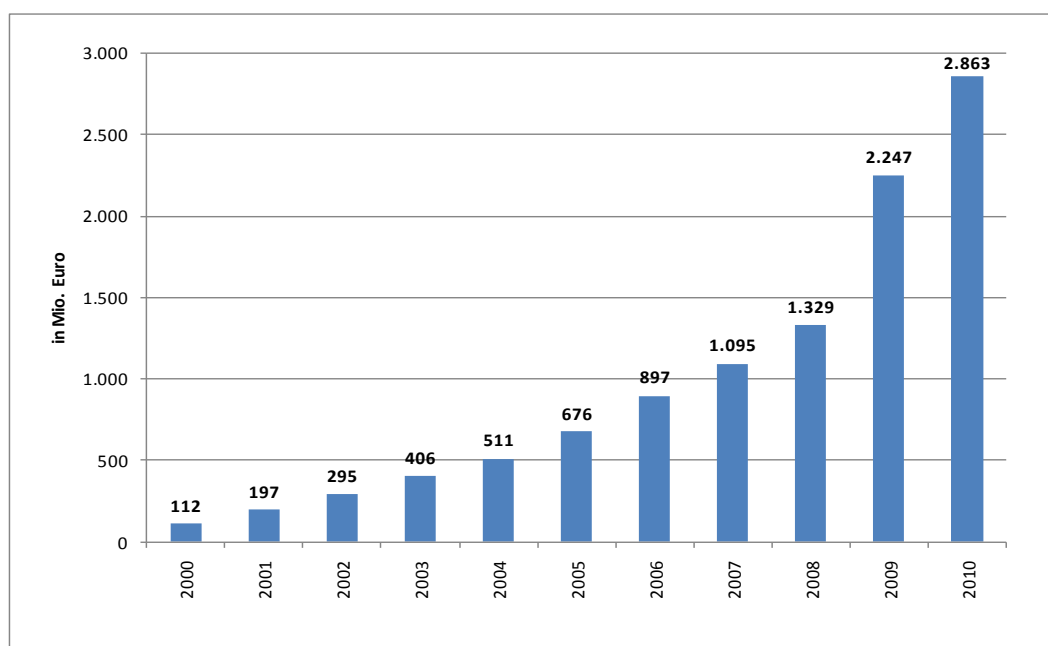
Abbildung 4: Kennzahlen Fondsspitäler 2, Bundesländer, Österreich=100



Quelle: BMG, IHS HealthEcon 2011.

Die beschriebene dramatische Ausgabenentwicklung und nicht kostendeckende Finanzierung der Krankenanstalten hat auch eine beträchtliche Auswirkung auf den öffentlichen Schuldenstand. Seit der Änderung des Eurostat-Handbuches (Manual on Government Deficit and Debt (MGDD)) werden nun auch die Schulden, die außerbudgetär zur Finanzierung von Spitälern aufgenommen worden sind, sichtbar und Maastricht-relevant. Mit der Revision der Berechnung des öffentlichen Schuldenstandes im März 2011 kann die Erhöhung des öffentlichen Schuldenstandes aufgrund der Schulden öffentlicher Spitäler mit rund 2,9 Milliarden Euro (2010) beziffert werden. Die Entwicklung in der letzten Dekade muss zweifelsfrei als dramatisch klassifiziert werden: So wuchs die jährliche Belastung des öffentlichen Schuldenstandes aufgrund der Spitalsschulden vom Jahr 2000 von 112 Mio. Euro ins Jahr 2005 auf 676 Mio. Euro und bis 2010 um weitere beträchtliche 2,2 Mrd. Euro vgl. Abbildung 5.

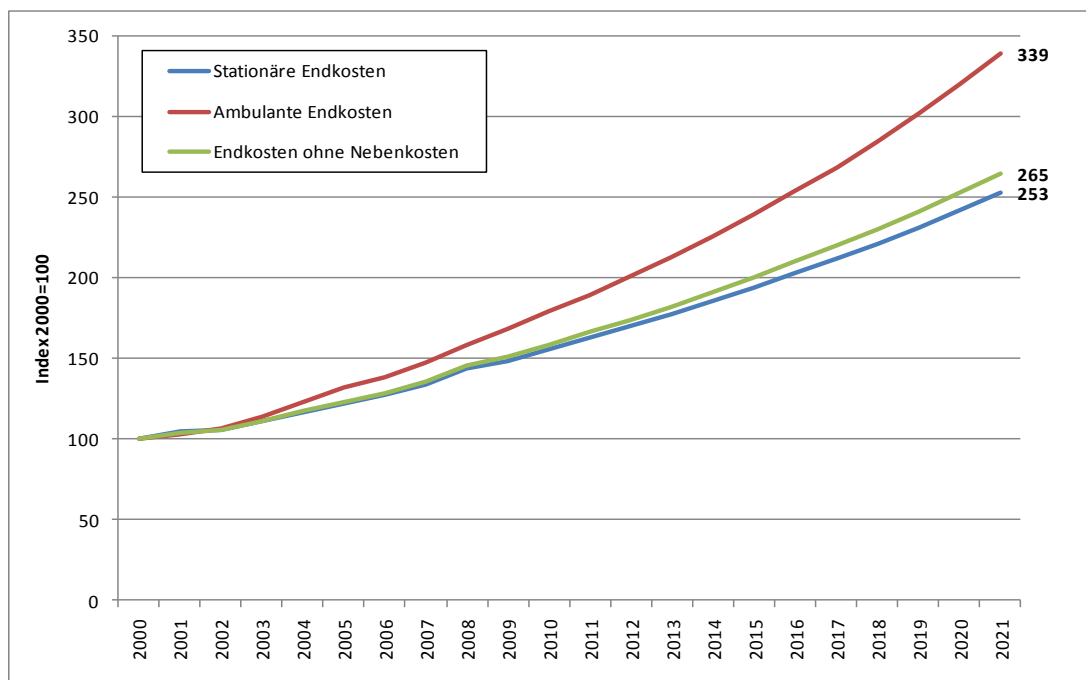
Abbildung 5: Erhöhung des öffentlichen Schuldenstandes durch Schulden der öffentliche Krankenanstalten, Revision März 2011



Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon 2011.

Für eine erste Projektion der patientenbezogenen Ausgaben der Fondsspitäler werden die jeweiligen jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten der Zeitperiode 2000-2009 zugrunde gelegt.⁵ Sowohl die stationären als auch die ambulanten Endkosten sind einer ausgeprägten Wachstumsdynamik unterworfen, vgl. Abbildung 6. Im Vergleich zum Jahr 2009 ist eine Verdoppelung der Ausgaben im Bereich der Spitalsambulanzen bis 2021 festzustellen; die stationären Endkosten würden sich um mehr als zwei Drittel erhöhen (+70 Prozent).

⁵ Vgl. auch Fußnote 1.

Abbildung 6: Projektion der patientenbezogenen Kosten in Fondsspitalern, Index 2000=100

Quelle: BMG, IHS HealthEcon 2011.

Die Projektionsrechnungen stellen eine reine Fortschreibung der Entwicklung aus der Vergangenheit dar; da bis dato noch keine flächendeckenden Konsolidierungsmaßnahmen im Bereich der Fondsspitaler erfolgt sind, ist das beschriebene Entwicklungsszenario eher als pessimistisch zu betrachten. Erste neu präsentierte Spitalskonzepte in den Bundesländern Oberösterreich, Steiermark und Wien sind langfristig angesetzt und müssen einem begleitenden Kostenmonitoring unterzogen werden. Im Hinblick auf Effizienz und Qualität können Verbesserungen nur dann erreicht werden, wenn politisch unpopuläre Maßnahmen wie beispielsweise Abteilungs- und Standortschließungen enttabuisiert werden. Zentral ist, dass bereits ausgearbeitete Reformpapiere (Masterplan Gesundheit, Spitalskonzept BMG, Reformpapier der Länder) in der Bundesgesundheitskommission zusammengeführt werden – mit dem Ziel sich auf eine umfassende Spitalsreform zu einigen.

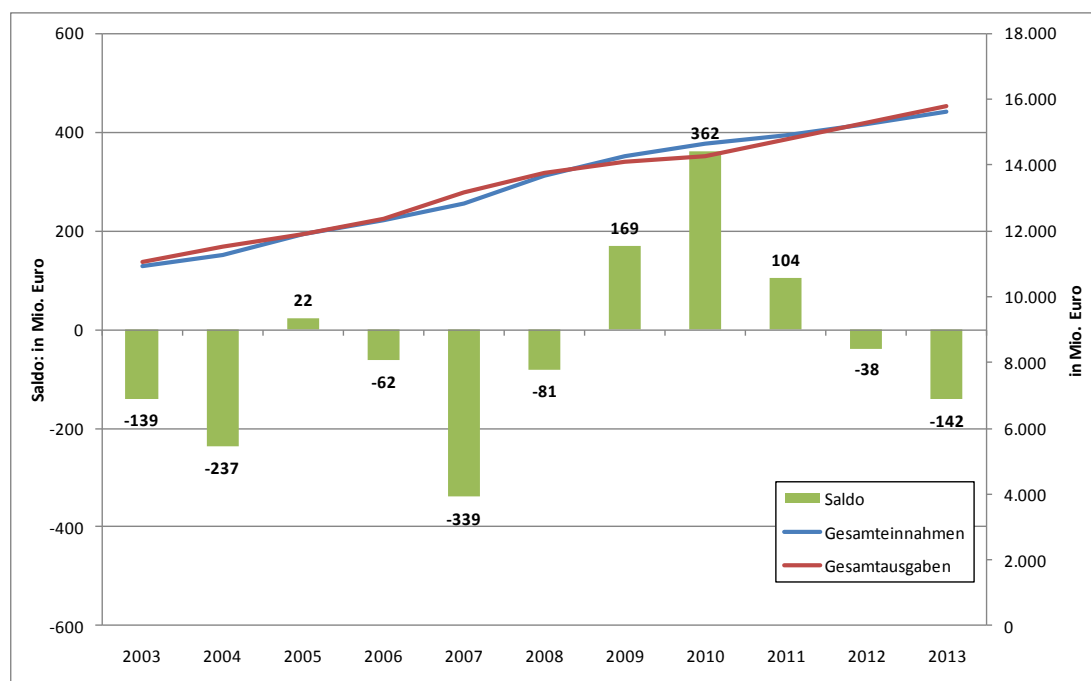
2.2. Der ambulante Sektor

In den Ausgaben für die ambulante Gesundheitsversorgung sind nach SHA u. a. nicht nur die Konsumausgaben der Sozialversicherungsträger für ärztliche Hilfe, Zahnbehandlung, Zahnersatz und sonstige ambulante Leistungen enthalten, sondern auch jene Ausgaben der Landesgesundheitsfonds für Ambulanzen und die Mittel zur Betriebsabgangsdeckung für die ambulante Gesundheitsversorgung in Spitalsambulanzen. Somit ist auch in diesem SHA-Aggregat eine Mischung unterschiedlicher Behandlungssettings und Finanziers

festzustellen, sodass eine Verantwortlichkeit und Zuweisung der Kostensteigerungen nicht eruierbar ist; eine Betrachtung homogener Teilaggregate ist auch in diesem Fall sinnvoll und notwendig. Der Bereich der Spitalsambulanzen wurde bereits im Kapitel zuvor behandelt. Im Folgenden erfolgt eine Konzentration auf den Bereich der Krankenversicherung.

Im Gegensatz zum Spitalsbereich konnte man im Bereich der Krankenversicherung bereits einen Konsolidierungskurs festlegen. Die Krankenkassen erhalten bei Einhaltung bestimmter Finanzziele⁶ Mittel aus dem „Kassenstrukturfonds“ des BMG. Mit Hilfe von Überschüssen, die in den Jahren 2009 und 2010 erzielt wurden, vgl. Abbildung 7 konnten angehäuften Verbindlichkeiten der letzten Jahre abgebaut werden – so reduzierten sich die Schulden der Gebietskrankenkassen von 2009 um beachtliche 462 Mio. Euro auf rund 230 Mio. Euro per 31.12.2010, vgl. Abbildung 8. Wie aber die Gebarungsvorschau für die Jahre 2012 und 2013 und die noch immer beträchtlichen Schuldenstände einiger Gebietskrankenkassen (Wien, Steiermark, Kärnten, vgl. Abbildung 9) zeigen, wird es auch in Zukunft notwendig sein, den Konsolidierungspfad konsequent fortzusetzen.

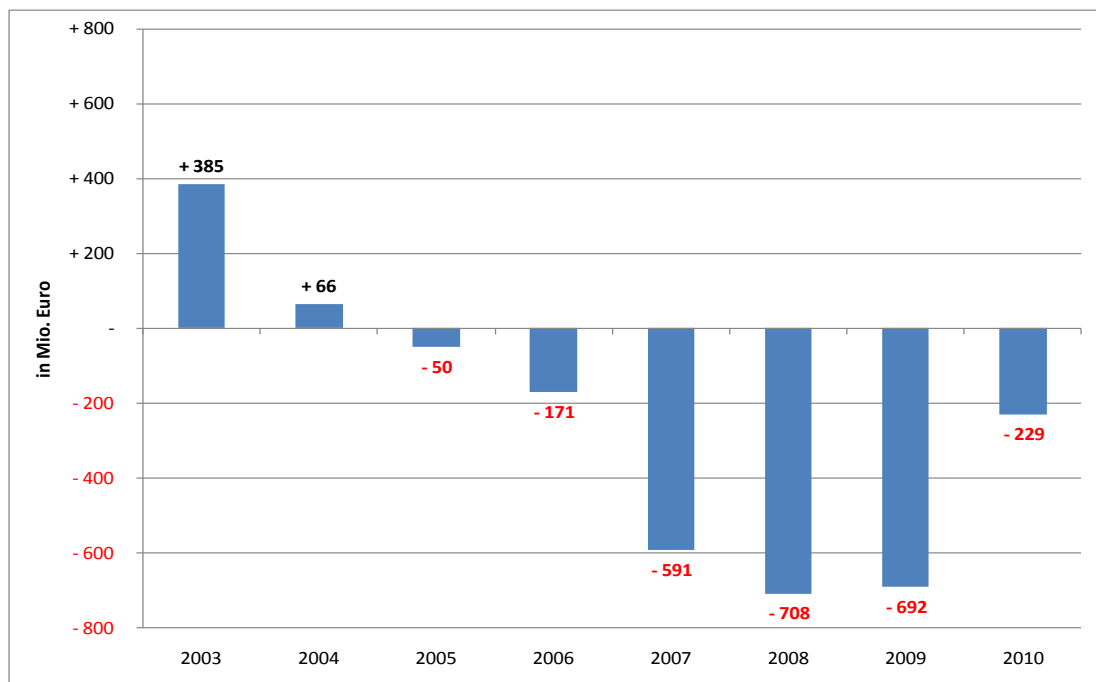
Abbildung 7: Saldenentwicklung in der Krankenversicherung



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2011.

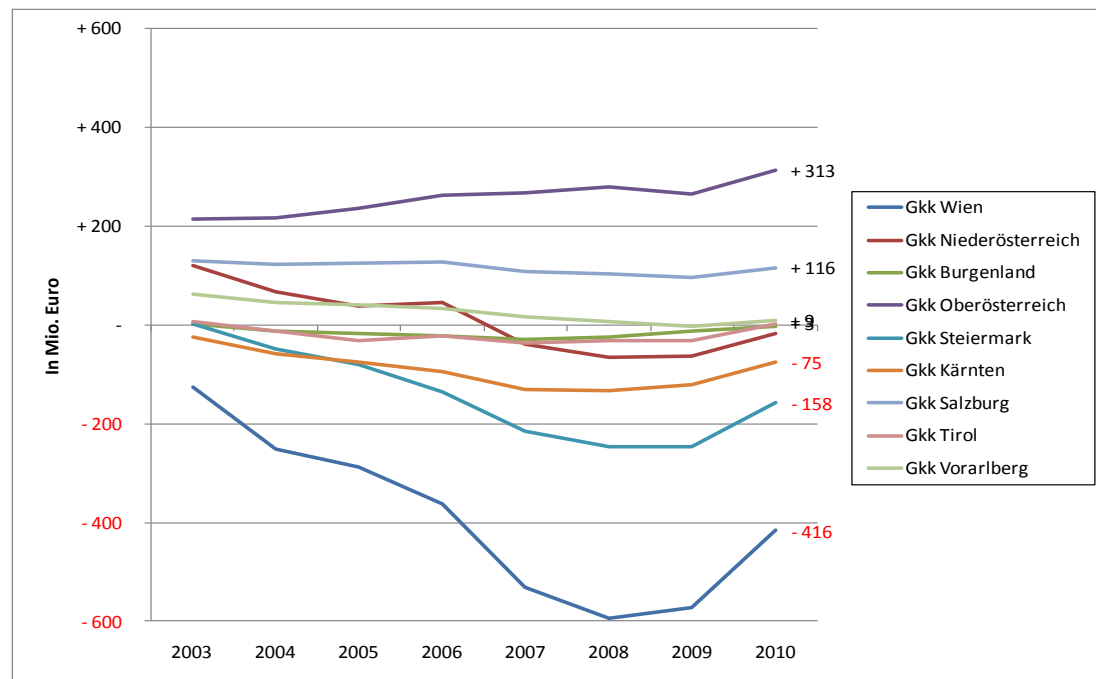
⁶ Jeder Träger muss ein Gesamtziel erreichen, welches sich aus sechs Teilbereichen (Heilmittel, ärztliche Hilfe, Institute, Transportkosten, Heilbehelfe, Physiotherapeuten) zusammensetzt.

Abbildung 8: Reinvermögen der Gebietskrankenkassen, per 31.12., gesamt



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2011.

Abbildung 9: Reinvermögen der Gebietskrankenkassen, per 31.12., nach Kassen



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2011.

Für die Projektion der gesamten Ausgaben in der Krankenversicherung wurde eine Projektion ohne Konsolidierung gerechnet, in der sich die Ausgaben in der Krankenversicherung wie im Zeitraum 2000-2009 (jahresdurchschnittlich 3,8 Prozent) entwickeln. Zum Vergleich erfolgte unter der Annahme einer fortschreitenden Konsolidierung eine Zerlegung des Beobachtungszeitraumes in einen vor der Konsolidierungsvereinbarung (2007-2009) und einen danach (2009-2011⁷). Die jeweiligen jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten wurden nun gemittelt und ab 2012 in die Zukunft projiziert (jahresdurchschnittlich 2,9 Prozent), vgl. Abbildung 10. Während die gesamten Krankenversicherungsausgaben ohne Konsolidierung 2009-2021 eine Wachstumsdynamik von rund 53 Prozent aufweisen, wird für die Entwicklung mit Konsolidierung eine von rund 40 Prozent geschätzt. Ein konsolidiertes moderates Wachstum wird jedoch in der Krankenversicherung notwendig sein, um Defizite in Grenzen zu halten und bestehende Schulden zu tilgen.

Gleichzeitig kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Wachstumsraten dauerhaft so niedrig bleiben können. Rund ein Drittel der Ausgaben der KV erfolgt für die Spitäler und wird den Beitragseinnahmen angepasst, wächst somit langfristig stärker. Auch im Bereich der ärztlichen Hilfe kann ein Wachstum unter der allgemeinen Einkommensentwicklung nur dadurch erreicht werden, dass Ärzte produktiver werden, also mehr Fälle pro Tag behandeln. Zweifelsohne sind im gegebenen ambulanten Versorgungssystem mit dem gegebenen Vergütungssystem aber der Produktivitätssteigerung Grenzen gesetzt, da keine Finanzierung des ambulanten Bereichs aus einer Hand erfolgt und das Vergütungssystem erst modernisiert werden muss (s.a. Cypionka et al. 2011). Der Effekt der Umsatzsteuersenkung bei den Medikamenten reduziert die Wachstumsrate nur einmal und muss künftig durch verbesserte Maßnahmen zur Volumenkontrolle abgesichert werden (Cypionka et al. 2009b).

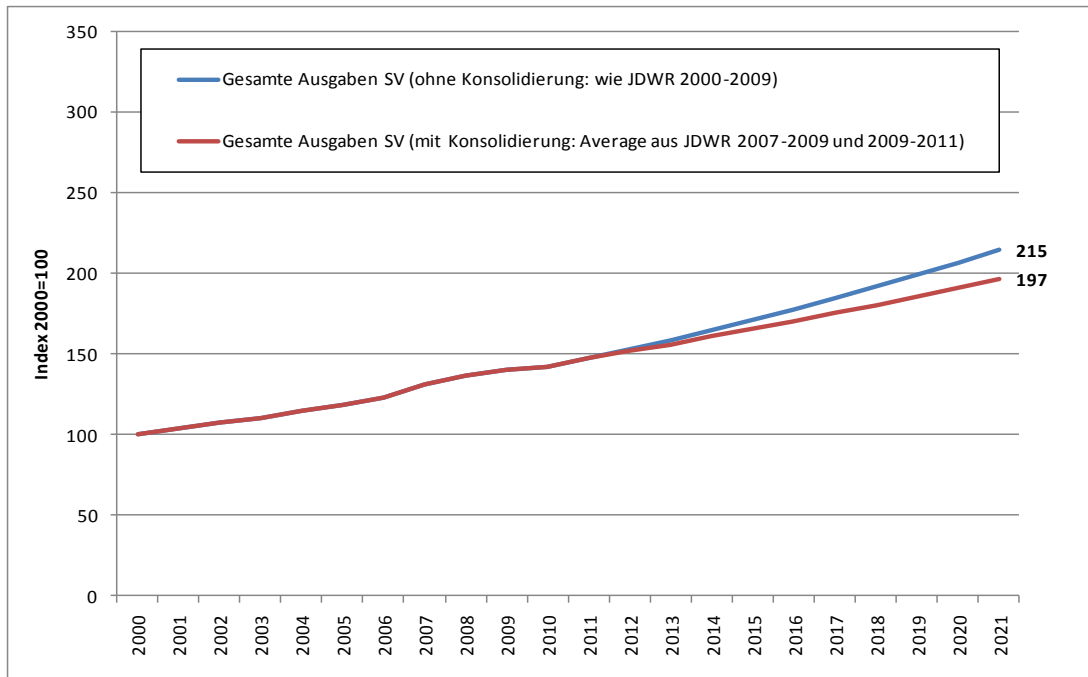
Zwei wichtige Teilaggregate der Krankenversicherungsausgaben stellen die Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen sowie die Arzneimittelausgaben dar. Diese beiden Ausgabenaggregate werden nun einer separaten Analyse unterzogen. Für die Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen wurde eine Projektion ohne Konsolidierung gerechnet, in welcher die Ausgaben analog zur jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate vor den Konsolidierungsbestrebungen der Krankenversicherung wachsen (2000-2009: 3,7 Prozent jahresdurchschnittlich). Weiters wurde auch hier eine Projektion mit Berücksichtigung des Konsolidierungsprozesses in der Krankenversicherung geschätzt, indem die jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten vor der Konsolidierung (2007-2009; 3,2 Prozent) und nach der Konsolidierung 2009-2011; 2,5 Prozent) gemittelt und ab 2012 fortgeschrieben wurden (jahresdurchschnittlich 2,8 Prozent). Mit Konsolidierung steigen die Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen 2009-2021 um rund 39 Prozent, ohne Konsolidierung um rund 51 Prozent. Im Bereich der ärztlichen Versorgung könnten sich

⁷ Vorläufige Ergebnisse 2011.

einerseits zukünftig Synergieeffekte von Gruppenpraxen kostendämpfend auswirken; andererseits ist aber auch mit Verlagerungen aus dem Spitalsbereich zu rechnen, die somit Einsparungseffekte wieder kompensieren. Während die §2-Kassen-Fallzahlen sich lediglich um rund 27 Prozent erhöhen (Annahme: jahresdurchschnittliches Wachstum 2005-2009: 2,0 Prozent), wird die Ärztehonorentwicklung 2009-2021 deutlich dynamischer ausfallen (+58 Prozent; Annahme: jahresdurchschnittliches Wachstum 2005-2009: 3,9 Prozent).

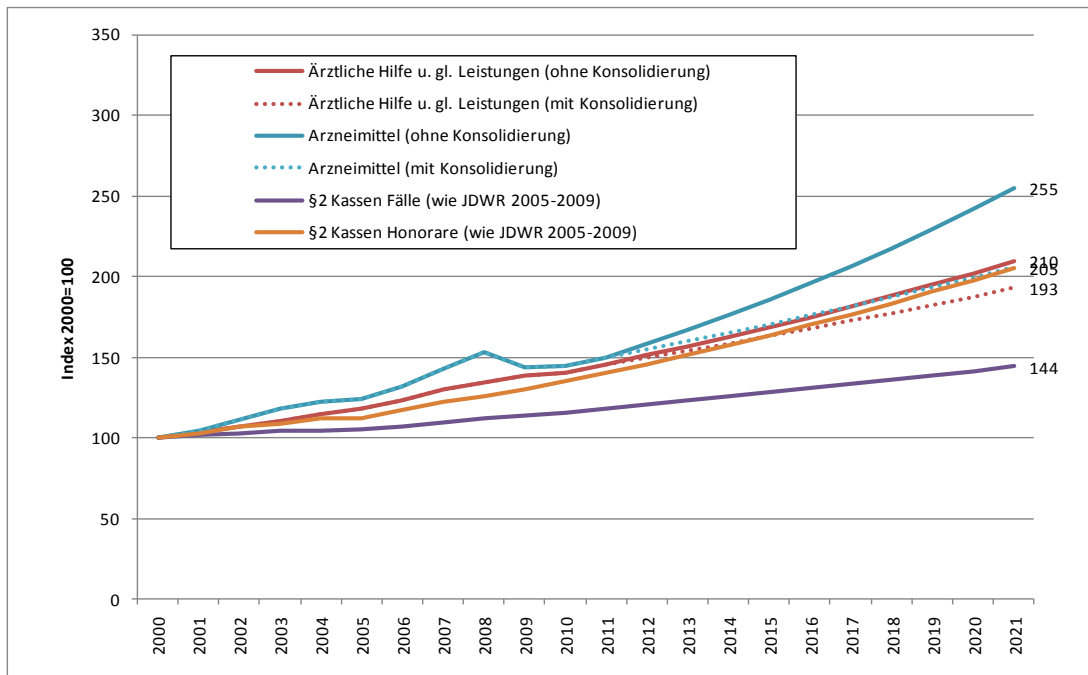
Im Arzneimittelbereich kam es bereits im Jahre 2009 durch die Senkung der Umsatzsteuer auf alle rezeptfreien und rezeptpflichtigen Medikamente von 20 auf 10 Prozent zu einer anhaltenden deutlichen Ausgabensenkung. Auch in diesem Fall wurden zwei Projektionsvarianten gerechnet, wobei sich die konsolidierte Variante wieder aus dem Mittelwert von zwei jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten vor (2006-2008: 7,8 Prozent) und nach der Konsolidierung (2008-2010: -2,8 Prozent) zusammensetzt (jahresdurchschnittlich 2,5 Prozent). Im Falle, dass das Wachstum im Arzneimittelbereich wieder auf jenes vor der Konsolidierung zurückfällt (2000-2008: 5,5 Prozent jahresdurchschnittlich), ist mit einem Wachstum 2009-2021 um 78 Prozent zu rechnen; das konsolidierte Wachstum würde bis 2021 ein Wachstum um rund 44 Prozent bedeuten.

Abbildung 10: Projektion der gesamten Ausgaben in der Krankenversicherung mit und ohne Konsolidierung



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2011.

Abbildung 11: Projektion der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen sowie der Arzneimittelausgaben



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2011.

2.3. Verwaltung

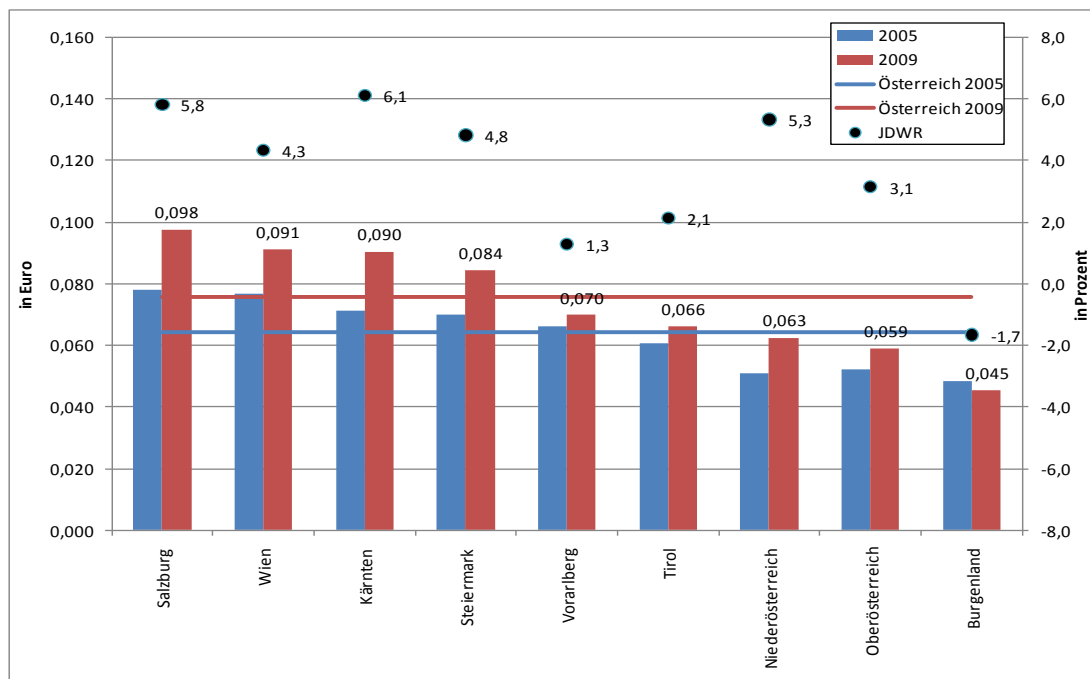
Nach SHA wurden im Jahr 2009 rund 661 Mio. Euro von öffentlicher Hand für Verwaltung der Gesundheitsversorgung ausgegeben. Rund zehn Prozent dieser Ausgaben sind Verwaltungsausgaben des Bundes⁸; der Rest fällt im Bereich der Sozialversicherung⁹ an. Die Entwicklung dieses Aggregats seit 2000 fällt mit einem jahresdurchschnittlichen Wachstum von rund 2,3 Prozent moderat aus. Insgesamt fallen 2,8 Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben im Bereich Verwaltung an. Diese Quote ist jedoch unterschätzt, da sämtliche Verwaltungsausgaben, die dem stationären Sektor der Fondsspitäler zuzuordnen sind, nicht enthalten sind.

Im Jahre 2009 beliefen sich die Personalkosten von Verwaltungspersonal in den Fondsspitalern auf geschätzte 489 Mio. Euro. Im Vergleich zum Jahr 2005 wuchsen die Verwaltungsausgaben der Fondsspitäler mit jahresdurchschnittlich 6,5 Prozent kräftiger als die gesamten Personalkosten (5,5 Prozent). Die durchschnittlichen Verwaltungskosten je VZÄ in Fondsspitalern sind bundesländerweise einer starken Variation unterworfen. So betragen 2009 die Durchschnittskosten von Verwaltungspersonal in der Steiermark 41.116 Euro, in Kärnten hingegen um rund 10.000 Euro mehr (51.084 Euro). Auch der Bezug der Verwaltungskosten auf die LKF-Punkte (als Maß für die Spitalstätigkeit) zeigt zwischen den Bundesländern zum Teil beträchtliche Unterschiede im Niveau bzw. in der Entwicklungsdynamik 2005-2009, vgl. Abbildung 12. Salzburg, Wien, Kärnten und die Steiermark weisen überdurchschnittlich hohe Verwaltungskosten pro LKF-Punkt auf, die stärksten jahresdurchschnittlichen Zuwächse mit mehr als fünf Prozent sind in Salzburg, Kärnten und Niederösterreich festzustellen. Ein Einsparungspotential im stationären Bereich der Fondsspitäler könnte durch die Einführung einer Verwaltungskostendeckelung lukriert werden. Die Senkung der Verwaltungskosten je LKF-Punkt – beispielsweise in den vier Bundesländern mit überdurchschnittlichen Werten – auf das Österreichtniveau könnte rund 46 Mio. Euro freisetzen.

⁸ Konsumausgaben des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG), der Bundesgesundheitsagentur, des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Ausgaben des Bundes für die Verwaltung der Sektion Gesundheit des Gesundheitsministeriums (BMG)

⁹ Verwaltungsausgaben der Sozialversicherungsträger, Ausgaben für den vertrauensärztlichen Dienst, Abschreibungen in der Verwaltung der Sozialversicherungsträger, Verwaltungsausgaben des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) sowie Verwaltungsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten (KFAs). Weiters sind auch die konsumrelevanten Ausgaben folgender im Zuge der E-Card-Einführung im Jahr 2005 neu geschaffenen Verwaltungseinheiten innerhalb des Hauptverbandes inkludiert: Verrechnungskonto ELSY (elektronisches Verwaltungssystem), Fonds für Vorsorge-/Gesundenuntersuchungen und Gesundheitsförderungen (FVU), IT-Services der Sozialversicherung GmbH (ITSV) und SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft GesmbH (SVC).

Abbildung 12: Kosten des Verwaltungspersonals in Österreichs Fondsspitalern, pro LKF-Punkt in Euro und jahresdurchschnittliche Wachstumsraten 2005 und 2009 in Prozent

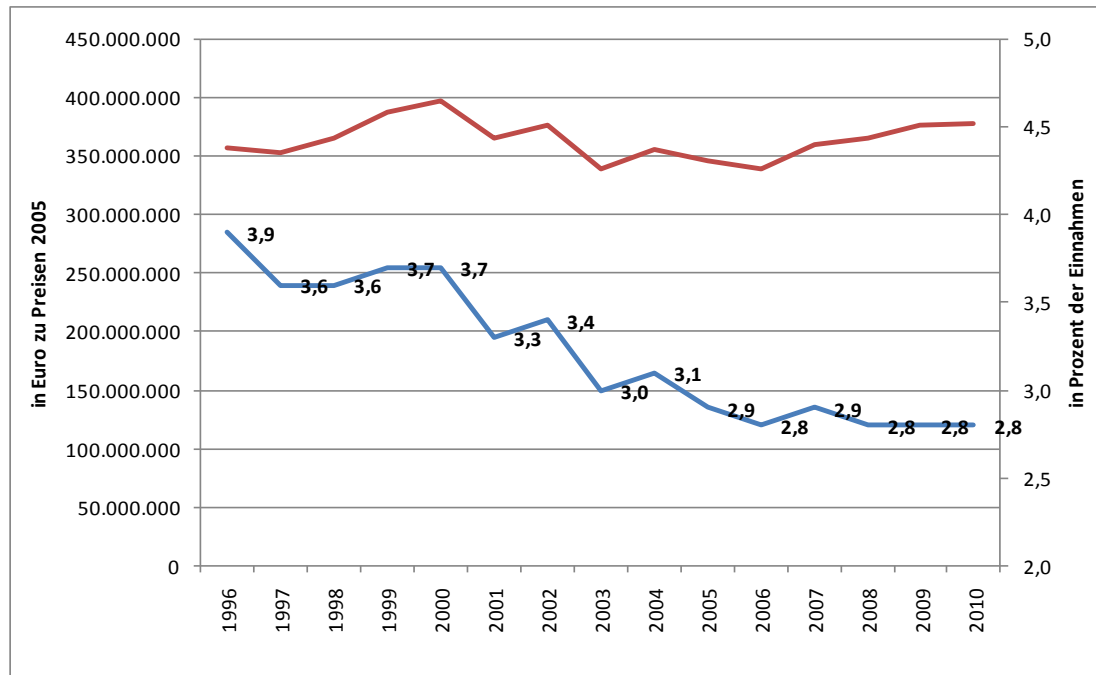


Anmerkung: Aufgrund der Rekalkulation der LKF-Punkte im Jahr 2009 und der sich daraus ergebenden Nicht-Vergleichbarkeit mit Vorjahren, wurde eine adäquate Schätzung der LKF-Punkte ohne Rekalkulation vorgenommen, indem bundesländerweise die Wachstumsrate 2007-2008 in das Jahr 2009 fortgeschrieben wurde.

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2011.

Im Bereich der Krankenversicherung sind die einzelnen Träger und der Hauptverband seit dem Geschäftsjahr 2001 dazu verpflichtet, den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand auf ein festgesetztes Niveau zurückzuführen. Mit Ende des Jahres 2011 läuft die bis dato äußerst komplex gestaltete Verwaltungskostendeckelung aus.¹⁰ Zur Neukonzeption der Verwaltungskostendeckelung wurde innerhalb der Sozialversicherung eine Arbeitsgruppe eingerichtet; derzeit (August 2011) liegt noch kein Ergebnis vor. Die Entwicklung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes in der Krankenversicherung zeigt, dass dieser real unter dem Niveau von 2000 gehalten werden konnte und auch in Prozent der Einnahmen eine Reduktion des Anteils um 0,9 Prozentpunkte erzielt werden konnte. Ein ausgabendämpfender Effekt des Verwaltungskostendeckels könnte hier in direktem Zusammenhang stehen. Diese Beobachtung rechtfertigt auch die Forderung nach einer Einführung einer ähnlichen Regelung im stationären Bereich der Fondsspitaler.

¹⁰ Eine detaillierte Beschreibung der Regelung findet sich in Cypionka T., Riedel M., Röhrling G.: Verwaltung im Gesundheitssystem: Bestandsaufnahme und Einsparungspotenziale in Österreich Reformen im Vereinigten Königreich, Health System Watch 2, Sommer 2010, http://ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw10_2d.

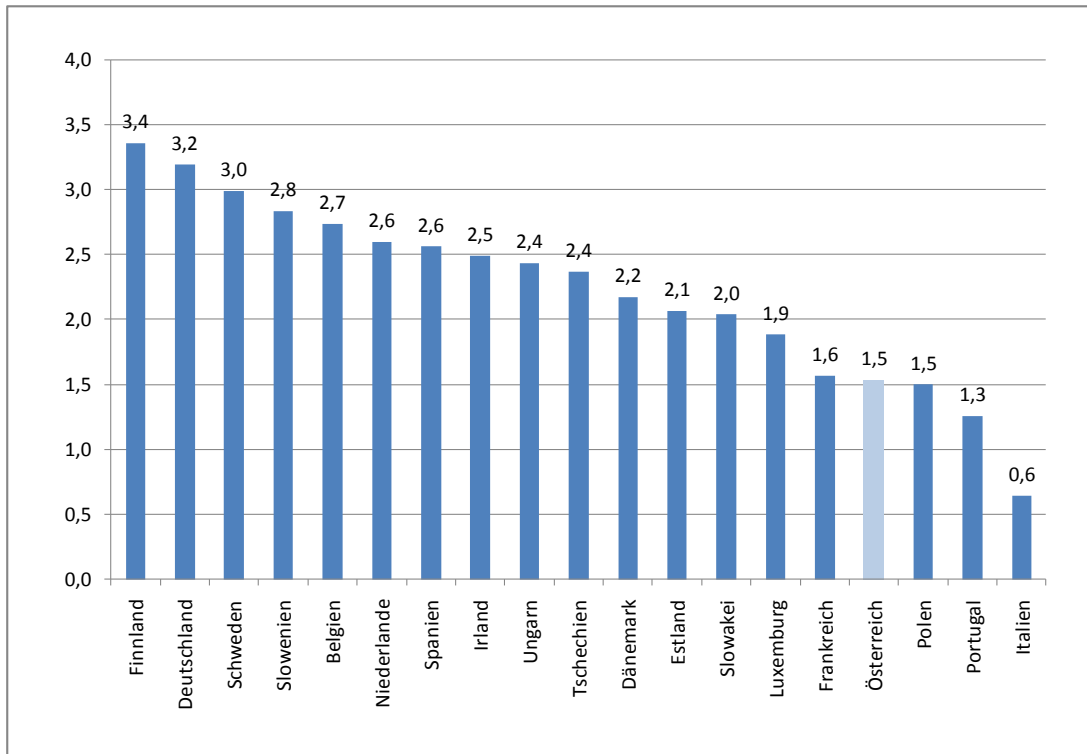
Abbildung 13: Verwaltungs- und Verrechnungsauswand in der Krankenversicherung

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2011.

2.4. Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst

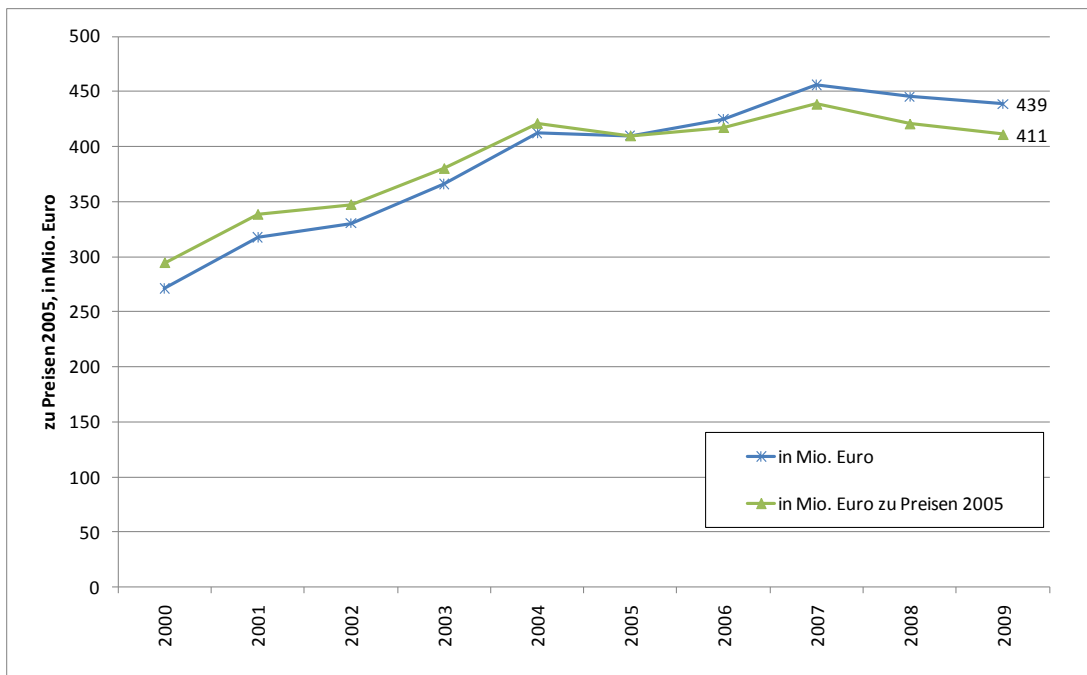
Die öffentlichen Ausgaben für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst beliefen sich in Österreich 2009 auf rund 439 Mio. Euro (1,5 Prozent der gesamten laufenden bzw. 1,9 Prozent der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben). Im europäischen Vergleich wird in Österreich von öffentlicher Seite besonders wenig für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst ausgegeben. Lediglich 1,5 Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben werden diesem Ausgabenaggregat zugerechnet, während es beispielsweise in Finnland, Deutschland oder Schweden 3,0 Prozent und mehr sind. Österreich hat jedoch nicht nur ein niedriges Ausgabenniveau, sondern auch eine rückläufige Entwicklung; die Präventionsausgaben sanken seit 2007 real zu Preisen 2005 um rund sechs Prozent.

Abbildung 14: Öffentliche Ausgaben für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst, in Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben



Quelle: OECD Health data 2011, IHS HealthEcon 2011.

Abbildung 15: Öffentliche Ausgaben für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst



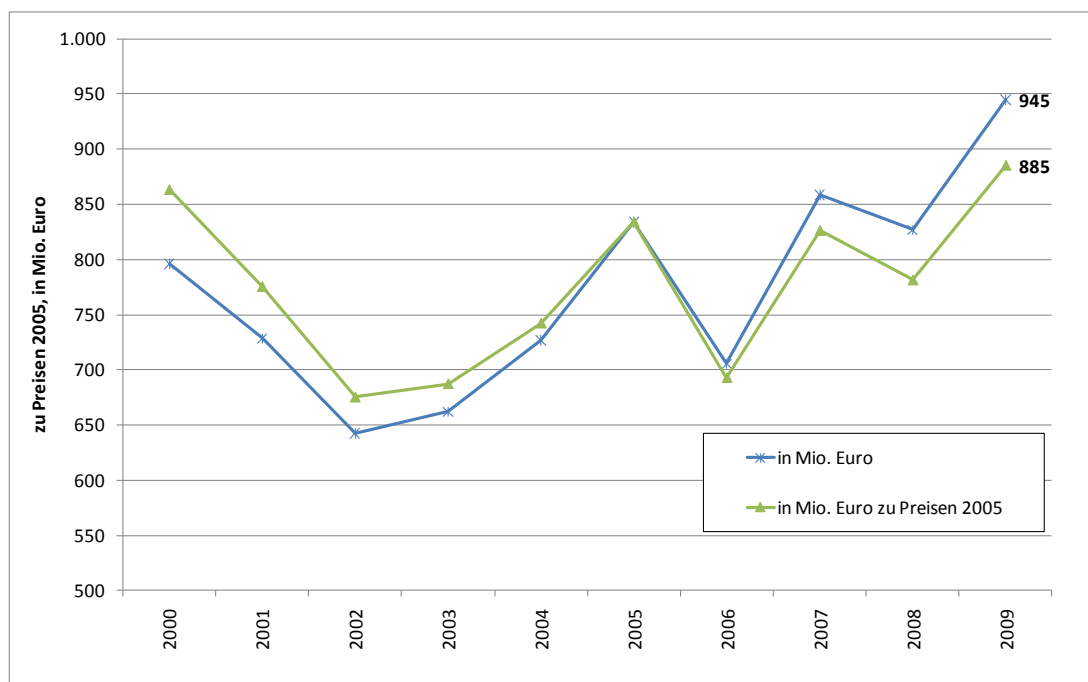
Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon 2011.

Die Ausgaben in diesem Bereich sind dabei als deutlich zu gering zu bezeichnen. Dies liegt unter anderem daran, dass in den Sozialversicherungsgesetzen bis auf die Vorsorgeuntersuchung vor allem die Krankenbehandlung Pflichtleistung ist. Die Gesundheitskonferenz im Rahmen der BGK zum Thema Public Health wird hier hoffentlich Anstöße geben.

2.5. Öffentliche Investitionen

Nach SHA inkludieren öffentliche Investitionen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen jene Investitionen, die unter bestimmten COFOG-Gruppen¹¹ und von Leistungserbringern des Sektors Staat inklusive Sozialversicherungsträger getätigt werden (Statistik Austria 2010). In dieser Ausgabenkategorie sind ebenfalls die Investitionen der Fondsspitäler enthalten. Im Jahr 2009 beliefen sich die öffentlichen Investitionen auf rund 945 Mio. Euro. Wie Abbildung 16 illustriert, waren die öffentlichen Investitionen seit 2000 zum Teil großen jährlichen Schwankungen unterworfen. Es ist davon auszugehen, dass zukünftig deutlich höhere Investitionsausgaben zu Buche stehen werden: Hauptgrund dafür stellen die Spitalsneubauten und Revitalisierungsarbeiten in bestehenden Spitälern dar, welche im Zuge neuer Spitalskonzepte (z. B. Wien) bevorstehen. Der Anstieg ab 2007 mag hier bereits ein erstes Anzeichen sein.

Abbildung 16: Öffentliche Investitionen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen



Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon 2011.

¹¹ Classification of the Functions of Government (COFOG): 07.2 (Ambulante Behandlung), 07.3 (Stationäre Behandlung), 07.4 (Öffentlicher Gesundheitsdienst) und 07.6 (Gesundheitswesen, a.n.g.)

3. Konsolidierungsszenarien

Für die Erstellung von Konsolidierungsszenarien sind konkrete normative Vorstellungen nötig, die diesen Szenarien argumentativ zugrunde liegen. Mehrere Zielvorstellungen kommen in Betracht, müssen aber auch allokativen Aspekte in räumlicher und zeitlicher Hinsicht berücksichtigen, da die einzelnen Sektoren erhebliche Abhängigkeiten voneinander aufweisen. Neben den Einsparungsmöglichkeiten im Bereich von technischer und Skaleneffizienz müssen auch allokativen Effekte berücksichtigt werden. Mit dem „Reformpool“ wurde der Versuch unternommen, solche Effekte zu lukrieren und Leistungsverschiebungen zu erreichen. Verschiedene ungünstige Incentives verhindern aber dessen Wirksamkeit. Zum einen werden Mittel für Projekte nur fakultativ zur Verfügung gestellt, und somit ungern vergeben, da sie im laufenden Betrieb fehlen. Durch die geringe Erfolgchance werden daher aufwändigere Projekte erst gar nicht eingereicht, da die up-front-Kosten selbst getragen werden müssen. Die Klausel, dass sowohl SV als auch Land von einem solchen Projekt wirtschaftlich profitieren müssen, ist kaum erfüllbar, jedenfalls fehlt die gesamtwirtschaftliche Betrachtung. Die von Leistungserbringern eingereichten Projekte wiederum werden eher Leistungsausweitungen beinhalten, da diese sich ja nicht selbst zu Einsparungen zwingen werden. Eine entsprechende Untersuchung führten wir 2009 mit einem Update 2010 durch (Czypionka/Röhrling 2009 und 2010).

In allokativen Verbesserungen besteht jedoch wesentliches Potenzial für Konsolidierungen. Ein Konsolidierungspfad kann daher nicht darauf verzichten, von vorneherein Leistungsverschiebungen mit zu berücksichtigen. Eine reine Sektorbetrachtung würde zu kurz greifen.

Gleichzeitig ist auch die zeitliche Komponente zu berücksichtigen. Es fließt auch deshalb viel Geld in das Spitalwesen, weil im Krankheitsprozess viel zu spät effektiv eingegriffen wird. Mittlerweile gilt es als erwiesen, dass ein primärversorgungsorientiertes Gesundheitswesen sowohl weniger Krankheitslast als auch weniger Kosten erzeugt. Ein solcher Umbau wird unter dem Schlagwort „ambulant vor stationär“, nicht ganz korrekt bezeichnet, gefordert. Daher müssen trotz des berechtigten Konsolidierungswunsches gleichzeitig Mechanismen greifen, die besser als der Reformpool langfristige Anpassungsprozesse in der Finanzierung und Leistungserbringung ermöglichen.

Die Szenarien lassen sich daher in vier große Gruppen gliedern. Der ersten Gruppe liegt das Prinzip der Einnahmenorientierung zugrunde. Die Finanzierung des Gesundheitswesens wurde in der letzten 15a-Vereinbarung auch bzgl. der Bundesmittel dynamisiert. Die Sozialversicherungsbeiträge wachsen ebenso wie die Steuereinnahmen langfristig mit einer ähnlichen Rate wie das BIP. Wir verwenden daher die mittelfristigen Prognoseergebnisse des IHS sowie die Ergebnisse aus dem langfristigen IHS-Trendmodell ALMM.

Die zweite Gruppe von Szenarien geht von der normativen Vorgabe aus, Effizienzpotenziale zu lukrieren, deren Realisierung über einen Zeitraum von neun Jahren angestrebt wird, während die zugrundeliegende Wachstumsdynamik nicht geändert wird.

Die dritte Gruppe geht davon aus, dass der ambulante Bereich intra- und extramural zusammengeführt werden kann, wie dies bereits in der 15a-Vereinbarung 2008-2013 mit der „sektorenüberreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs“ angedacht war, welche aber nie realisiert wurde.

Die vierte Gruppe geht von der normativen Vorgabe des Maastricht-Ziels aus. In einem Rechenmodell haben wir die notwendigen Einsparungen in den Ausgabenkomponenten des Staates simuliert, die dabei helfen, das Maastricht-Schuldenziel bis 2021 zu erreichen. Die Ausgaben im Bereich Spitäler und SV werden dabei separat betrachtet.

Als Jahr der ersten Veränderung wird das Jahr 2012 angenommen, und fehlende Werte werden bis dahin fortgeschrieben.

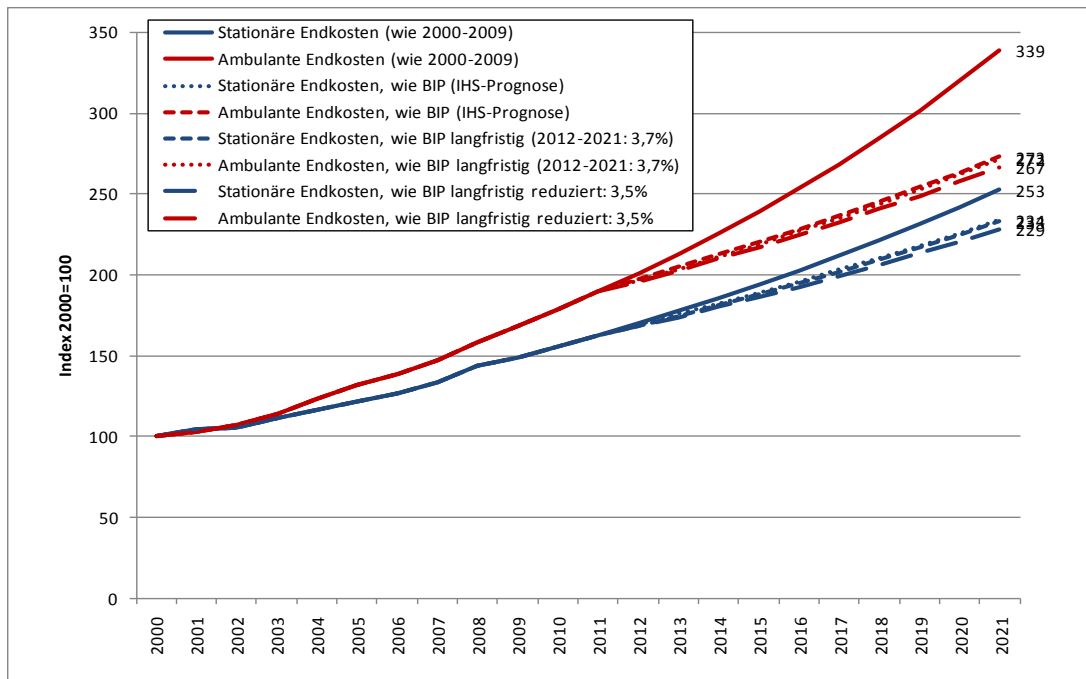
3.1. Einnahmenorientierte Varianten

Die wesentlichen Finanzierungsquellen des Gesundheitswesens Sozialversicherungsabgaben, Umsatzsteuer, allgemeines Steueraufkommen wachsen langfristig ähnlich wie das BIP, wenn eine konstante Abgabenquote unterstellt wird. Konzentriert man sich nur auf die nächsten zehn Jahre, so kann die Koppelung an das BIP-Wachstum sinnvoll sein. Nicht berücksichtigt wird freilich, dass die Präferenzen der Bevölkerung unter Umständen eine Veränderung in Richtung Gesundheitsversorgung erfahren, was ein höheres Wachstum durchaus rechtfertigen würde. Gleichzeitig werden auch Umbaumaßnahmen in Hinblick auf die beschleunigte demographische Alterung im darauffolgenden Jahrzehnt notwendig sein. Hier könnten zusätzliche Mittel notwendig sein, die die up-front-Kosten decken. Allerdings orientiert sich der Konsolidierungspfad an den Ausgaben, nicht an den Mitteln zur Finanzierung. Im Gegenteil sollen lukrierte Einsparungen dafür genutzt werden, das Gesundheitswesen endlich zu modernisieren und so nachhaltig auszugestalten.

Bei der Koppelung an das BIP kann unterschieden werden, ob die tatsächliche BIP-Entwicklung als Grundlage dienen soll, oder der langfristige Trend. Beide Varianten sind dargestellt, die langfristige Variante bietet die größere Nachhaltigkeit und stellt eine disziplinierendere Selbstbindung dar. Da nämlich viele Kosten im Gesundheitswesen nicht konjunkturabhängig anfallen, ist die Versuchung zwar groß, in der Hochkonjunktur den Ausgabenspielraum auszunutzen, im Abschwung können aber politisch gesehen kurz vorher eingeführte Leistungen nur schwer wieder gestrichen werden. Zudem sind mit vielen Leistungen im Gesundheitswesen auch Investitionen verbunden.

Die Variante mit dem Wachstum langfristig -0,2 Prozentpunkte erhöht die Mittel, die zur Finanzierung von Umbauten im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, da langfristig bei gegebener Finanzierung ein größerer Teil in andere Bereiche fließen kann. Solche Aktivitäten sollten explizit aus dem Konsolidierungspfad ausgenommen sein, ihre genaue Kontrolle ist aber geboten, um nicht den Sinn der Konsolidierung zu schwächen.

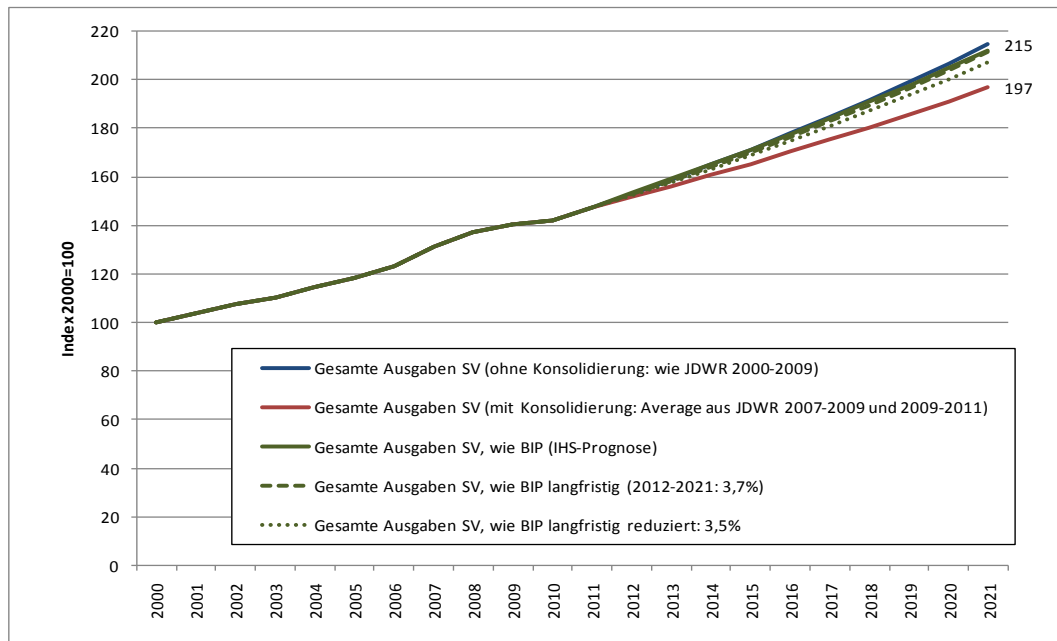
Im Vergleich zum Wachstum der stationären und ambulanten Endkosten wie in der Vergangenheit (4,5 bzw. 6,0 Prozent jahresdurchschnittlich 2000-2009) sieht das Wachstum der patientenbezogenen Endkosten in Österreichs Fondsspitalern bei einer Koppelung an das prognostizierte gesamtwirtschaftliche Wachstum deutlich gedämpfter aus, vgl. Abbildung 17. Beispielsweise steigen die stationären Endkosten 2009-2021 bei einer Koppelung an das langfristige BIP lediglich um rund 57 Prozent, während bei ungezügelter Wachstum aus der Vergangenheit der prozentuale Anstieg 70 Prozent beträgt; bei den ambulanten Endkosten wäre sogar mit einer Verdoppelung der Ausgaben 2009-2021 zu rechnen – bei einer BIP-Koppelung (langfristig 3,7 Prozent) mit einem Anstieg knapp über 60 Prozent.

Abbildung 17: Stationärer Bereich der Fondsspitäler, BIP-Koppelung

Quelle: BMG, IHS Mittelfristige Prognose und IHS ALMM für das BIP, IHS HealthEcon 2011.

Im Bereich der Krankenversicherung liegen die an das BIP gekoppelten prognostizierten Wachstumspfade zwischen jenen, die sich mit (2,9 Prozent jahresdurchschnittlich) bzw. ohne Konsolidierung (3,8 Prozent jahresdurchschnittlich) in der Krankenversicherung ergeben. Der Anstieg 2009-2021 in den BIP-Varianten beträgt zwischen 48 und 51 Prozent, während er im Konsolidierungsszenario 40 Prozent und im Szenario ohne Konsolidierung 53 Prozent ausmacht. Hierzu sind die im entsprechenden Vorkapitel gemachten Anmerkungen zu berücksichtigen. Eine Wachstumsrate von 2,9 Prozent erfordert längerfristig hohe Produktivitätssteigerungen, da der Spielraum der sozialen Krankenversicherung bzgl. ihrer Ausgaben gering ist. Entsprechende Verbesserungen der regulativen Rahmenbedingungen wären notwendig.

Abbildung 18: Gesamte Ausgaben der Krankenversicherung, BIP-Koppelung



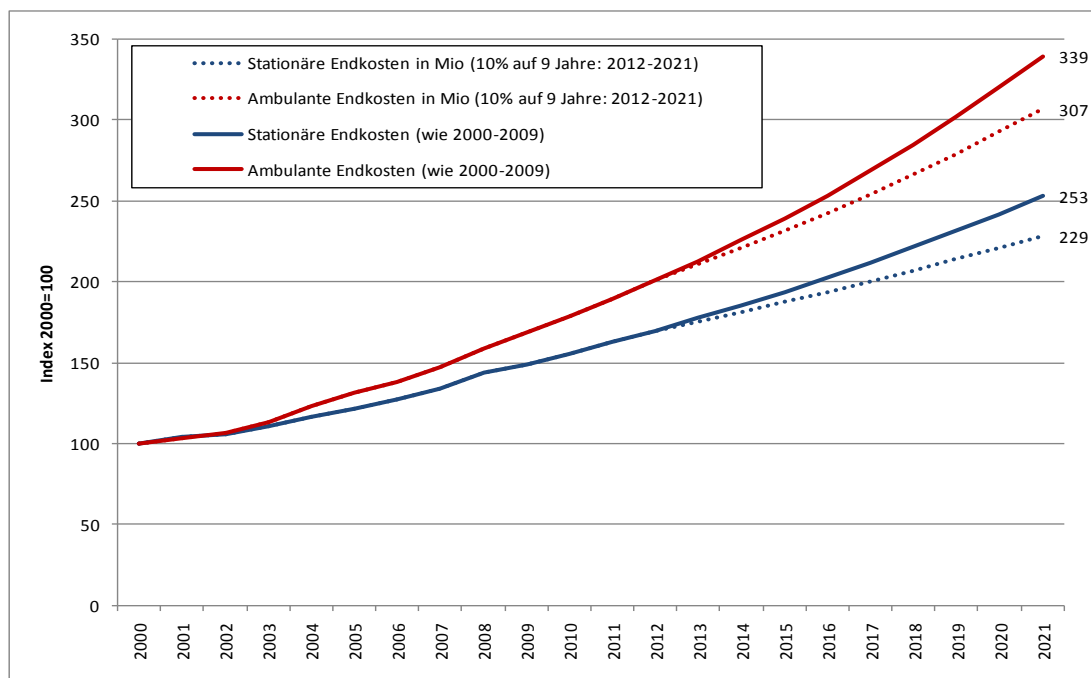
Quelle: Hauptverband, IHS Mittelfristige Prognose und IHS ALMM für das BIP, IHS HealthEcon 2011.

3.2. Effizienzpotentiale

Im Bereich der Fondskrankenanstalten werden erhebliche Effizienzpotentiale vermutet. Diese können durch Erhöhung der technischen Effizienz (Prozessoptimierung, Verwaltungsreduktion, besserer Einsatz gemäß Qualifikation) oder durch Nutzung von Skaleneffekten (gemeinsame Nutzung von Geräten, Abteilungszusammenlegungen und Schwerpunktbildungen, Kooperationen, ...) lukriert werden. Leider stehen dem starke politische Widerstände entgegen (Stichwort „Standortgarantie“). Alleine die Verbesserung der Effizienz könnte aber wesentliche Mittel freimachen.

Es wird im Szenario unterstellt, dass ein 10-prozentiger Effizienzgewinn ohne Qualitätsverlust über einen Zeitraum von neun Jahren realisiert werden kann. Bei einer Hebung der Effizienzpotentiale im stationären Bereich der Fondsspitäler und der Annahme, dass sich diese über eine 10-prozentige Einsparung aufgeteilt auf neun Jahre (2012-2021) ergibt, würde sich das jahresdurchschnittliche Wachstum 2012-2021 der stationären Endkosten auf 3,4 Prozent reduzieren (im Vergleich zu 4,5 Prozent in der Vergangenheit 2000-2009). Bei den ambulanten Endkosten könnte die Wachstumsrate auf 4,8 Prozent jahresdurchschnittlich gesenkt werden (im Vergleich zu 6,0 Prozent in der Vergangenheit 2000-2009).

Abbildung 19: Stationärer Bereich der Fondsspitäler, Effizienzpotentiale (10 Prozent Einsparung auf neun Jahre (2012-2021))

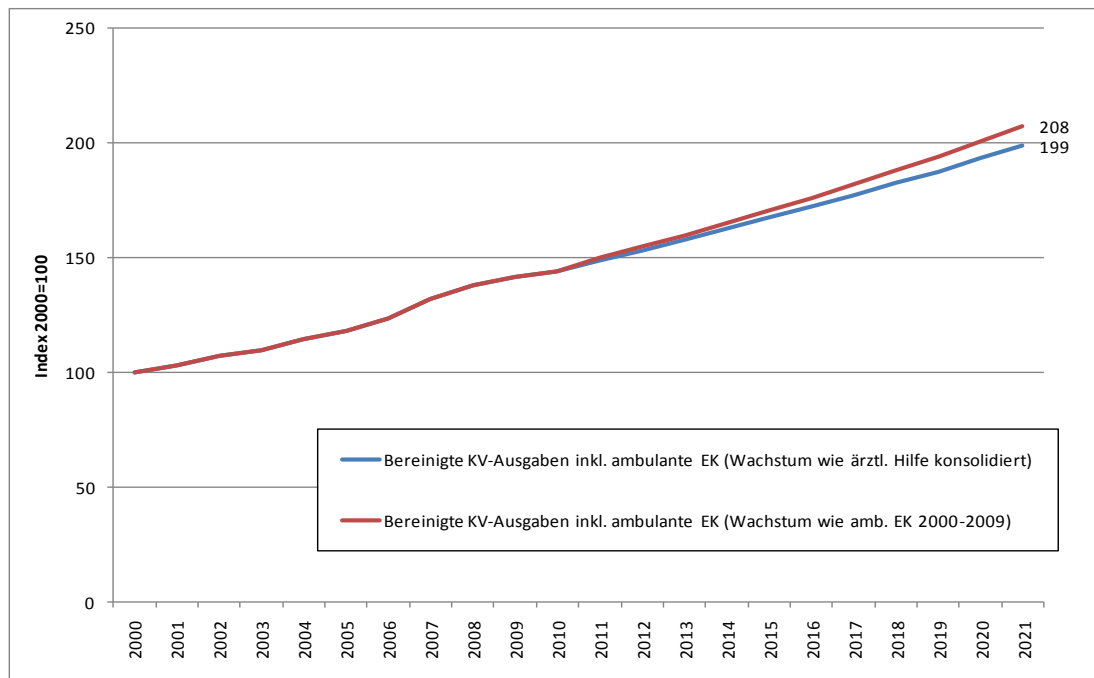


Quelle: BMG, IHS HealthEcon 2011.

3.3. Allokative Verschiebung

Ein wesentliches allokatives Effizienzpotenzial liegt in der Abstimmung des extramuralen mit dem spitalsambulanten Bereich. Die Umsetzung der sektorenübergreifenden Finanzierung wird in diesem Szenario simuliert. Es geht davon aus, dass durch Abstimmung der beiden Bereiche die Kosten beider Sektoren gleich wachsen, also wie die ärztliche Hilfe der Krankenversicherung. Unter der Annahme, dass die Ausgaben der Spitalsambulanzen in die Krankenversicherung integriert werden (mit dem historischen Wachstum 2000-2009), ergibt sich ein zukünftiges jahresdurchschnittliches Wachstum 2012-2021 der Krankenausgaben¹² von 3,3 Prozent. Können die Ausgaben für Spitalsambulanzen unter Finanzierung der Krankenversicherung auf ein Niveau gesenkt werden, welches sich im Bereich der konsolidierten ärztlichen Hilfe und gleichgestellter Leistungen ergibt (2,8 Prozent jahresdurchschnittlich), ist von einem Wachstum der gesamten Ausgaben in der Krankenversicherung 2012-2021 von jahresdurchschnittlich 2,8 Prozent auszugehen.

Abbildung 20: Spitalsambulanzen werden ganz von der Krankenversicherung finanziert, konsolidiertes Wachstum der gesamten KV-Ausgaben (bereinigt um Ausgaben der KV für Spitalsambulanzen)



Quelle: BMG, Hauptverband, IHS HealthEcon 2011.

¹² Bereinigung der Krankenausgaben um die derzeitigen Ausgaben der Krankenversicherung für Spitalsambulanzen.

3.4. Maastricht-Konformität

Im Rahmen der Pläne des Gesundheitsministeriums wurde immer wieder eine Maastricht-konforme Entwicklung der Gesundheitsausgaben ins Spiel gebracht. Die Gesundheitsausgaben sind jedoch nur ein Teil der öffentlichen Ausgaben, sodass dieser Begriff sehr unklar definiert ist. Um eine Maastricht-konforme Schuldenquote zu erreichen, müssen selbstverständlich alle Ausgabenbereiche einbezogen werden, und der Anteil, den diese an der Erreichung des Maastricht-Schuldenziels tragen, wird aus den Notwendigkeiten heraus, aber auch der politischen Machbarkeit wegen unterschiedlich ausfallen. Somit kann ein Maastricht-konformer Konsolidierungspfad des Gesundheitswesens nicht per se definiert werden. Wir erstellen daher in einem Rechenmodell zwei Extrempunkte und ein mögliches realistisches Szenario.

Bei gegenwärtiger prognostizierter Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben¹³ (gleichbedeutend mit jahresdurchschnittlichem Wachstum 2012-2021: 4,1 Prozent) der Pensionsausgaben¹⁴ (gleichbedeutend mit jahresdurchschnittlichem Wachstum 2012-2021: 4,2 Prozent) und der sonstigen öffentlichen Ausgaben (jahresdurchschnittliches Wachstum 2012-2021: 3,7 Prozent) ergibt sich eine prognostizierte Staatsschuldenquote 2021 von rund 64,7 Prozent des BIP.

Unter der theoretischen Annahme, dass alle drei Bereiche einem gleichen jahresdurchschnittlichen Wachstum von 3,7 Prozent unterzogen sind, ergibt sich ab 2022 eine gewünschte Schuldenquote von 60 Prozent. Diese Annahme ist insbesondere deshalb theoriegetrieben, da es höchst unwahrscheinlich ist, dass sich das Wachstum der Pensionsausgaben aufgrund der bevorstehenden demographischen Entwicklung gegenüber der IHS-Prognose um 0,5 Prozentpunkte reduziert.

In einem weiteren theoretischen Szenario könnte man davon ausgehen, dass das Wachstum der Pensionsausgaben und der sonstigen Ausgaben wie prognostiziert angenommen wird und die Maastricht-Konformität ausschließlich über Einsparungen im Gesundheitswesen zu erreichen ist. In diesem Fall müsste die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate 2012-2021 der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 2,5 Prozent gesenkt werden, um ab 2022 eine Staatsschuldenquote von 60 Prozent des BIP zu erreichen. Um neben den beiden theoriegetriebenen Szenarios auch ein realistisches darzustellen, um Maastricht-Konformität zu erreichen, wurden folgende Annahmen getroffen: Die Pensionsausgaben wachsen wie prognostiziert (4,2 Prozent jahresdurchschnittlich 2012-2021), im Bereich der sonstigen Ausgaben gelingt eine Reduktion der jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate 2012-2021 um 0,1 Prozentpunkte, also von 3,7 auf 3,6 Prozent. Das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben kann jahresdurchschnittlich 2012-2021 auf 3,2 Prozent gesenkt

¹³ Gesundheitsausgabenprognose des IHS

¹⁴ IHS Prognose der Pensionsausgabenentwicklung

werden, wobei von einem Wachstum im Bereich der Krankenversicherung (ohne Zahlungen an die Fondsspitäler) von 3,1 Prozent ausgegangen wird, sowie die stationären bzw. ambulanten Endkosten auf ein Wachstumsniveau von rund 3,5 Prozent gedrückt werden können.

4. Umsetzung

Im Folgenden soll auf die Umsetzung von Konsolidierungsmaßnahmen eingegangen werden. Da eine Aufhebung der Fragmentierung in Finanzierung und Verantwortlichkeit mittelfristig nicht realistisch erscheint, müssen andere Wege gefunden werden, um Verbesserungen zu erreichen. Wir machen hier Umsetzungsvorschläge, wie sie aus unserer Sicht unter den gegebenen Umständen Sinn machen könnten und die sich in die bereits bestehenden Abläufe (FAG/15a-Verhandlungen, Gesundheitsreform in der BGK und Unterarbeitsgruppen bzw. Gesundheitskonferenzen, politische Steuerungsgruppe) einfügen. Ein langfristiges Reformziel sollte jedoch nicht von vorneherein als unrealistisch abgetan werden, sondern mit den derzeit politisch machbaren Schritten verknüpft und abgestimmt sein.

Grundsätzlich wäre jene Lösung am besten, welche das Gesundheitswesen in eine Zuständigkeit zusammenführt. Die dafür notwendige Verfassungsmehrheit ist aber momentan unrealistisch. Theoretisch können die Länder aber auch mit der Sozialversicherung vereinbaren, dass die Spitalsfinanzierung im Auftrag erledigt wird. Die notwendigen Rahmenbedingungen wären dafür aber zu schaffen, z. B. die Tarifregelung des LKF-Systems und die Bedingungen für die Aufnahmen in ein Krankenhaus, um die Patienten besser steuern zu können.

Insgesamt besteht gegenüber einer großen Gesundheitsreform große Skepsis, da bei den Stakeholdern Unklarheit über die Zukunft herrscht und somit der Status quo bevorzugt wird. Um Erfahrungen mit alternativen Organisationsmodellen zu erlangen, sollte daher der regulative Rahmen für Modellregionen und -projekte geschaffen werden. In diesen sollten dann wissenschaftlich begleitet Varianten der Organisation und Finanzierung kleinräumig getestet werden, um auch empirische Erkenntnisse zu gewinnen. Die Voraussetzungen dafür sollten bereits dann vorliegen, wenn die politischen Kräfte dafür gefunden werden, um ein solches „window of opportunity“ nutzen zu können.

Die eigentlich schwierige Zeit für das Gesundheitswesen, bedingt durch die demographische Entwicklung, liegt erst im nächsten Jahrzehnt. Heutige Konsolidierungsmaßnahmen sollten daher danach trachten, Geld für notwendige Reformen zu generieren und aktiv Umbaumaßnahmen anzureizen.

Auch bei mittelfristigen Maßnahmen sollte die Durchrechnung daher mehr als ein Jahr betragen, da ansonsten die Gefahr besteht, dass nachhaltige Änderungen ausbleiben und die Folgen in späteren Perioden getragen werden müssen. Aus den oben erwähnten Gründen wären die Landesgesundheitsfonds und Sozialversicherungsträger die Adressaten monetärer Anreizmechanismen. Das Problem besteht dabei darin, dass die Landesgesundheitsfonds in den Bundesländern nur die Finanzierung ihrer eigenen Spitäler

sicherstellen, während für die Krankenversicherung und ihre Versicherungsnehmer die Landesgrenze keine Rolle spielt. Sollte langfristig eine Veränderung des Gesundheitswesens gewünscht sein, wäre hier eine Änderung anzudenken in dem Sinne, dass das Land die Inanspruchnahme seiner Bürger, nicht die Kosten seiner Infrastruktur, zu finanzieren hätte. Dies setzt eine längst notwendige Weiterentwicklung des LKF-Systems voraus (Czypionka et al. 2008).

In der mittleren Frist müssen Sozialversicherungen auf der für sie artifiziellen Länderebene gemeinsam in ein Anreizsystem eingebunden werden. Schon in der 15a-Vereinbarung 2005-2008 bestand die Möglichkeit, einen bundesländerübergreifenden Landesgesundheitsfonds zu bilden, was jedoch nie genutzt und daher aus der Vereinbarung 2008-2013 gestrichen wurde. Für den Konsolidierungspfad sollte daher die Möglichkeit eingeräumt werden, dass zwei bis drei Bundesländer gemeinsam den Konsolidierungspfad erfüllen können, um zwischen den Ländern Umorganisationen zu erreichen. In zeitlicher Hinsicht und schon aus politischen Gründen sollten die betroffenen Gesundheitsplattformen den Durchrechnungszeitraum zwischen ein- und vier Jahren wählen können. Auf diese Weise können initiale Investitionen zur Umorganisation getätigt werden, die erst in mittlerer Frist Kostenreduktionen ermöglichen. Der verlangte Konsolidierungsbeitrag wird dann entsprechend aliquotiert. Er ist auf Landesebene durch *beide* Partner gemeinsam zu erfüllen, wobei die Aufteilung im Rahmen der (aufgewerteten) Gesundheitsplattform festzulegen ist. Ein längerer Zeitraum wäre besser, widerspricht aber den politischen Gegebenheiten. Vier Jahre ermöglichen, dass Erfolge und Misserfolge noch Konsequenzen für erneute Vereinbarungen haben können. Idealerweise erfolgt dabei aber eine Selbstbindung über mehr als eine 15a-Vereinbarung hinweg, zumindest im Bereich der Konsolidierung, sodass die mangelhafte Zielerreichung an glaubhafte Konsequenzen gebunden werden kann. Der Bund hält dabei sowohl für die Landesgesundheitsplattformen als auch für die Sozialversicherung erhebliche Mittel vor, die derzeit aber nur im Fall der Sozialversicherung auch an Zielerreichungen geknüpft sind. Im Bereich der Länder sollte diese Möglichkeit ebenfalls angedacht werden. 2009 hielt die Bundesgesundheitsagentur € 581.821.889 an Mitteln, die überwiegend an die Landesgesundheitsfonds ausbezahlt wurden. Ein kleinerer Teil ist dabei über einen Sanktionmechanismus (Art. 40 der 15a-Vereinbarung) bereits jetzt daran gebunden, dass keine maßgeblichen Verstöße gegen den ÖSG oder Qualitätsvereinbarungen erfolgen. Die Operationalisierung, was allerdings als Verstoß zu werten ist, ist bisher sehr vage und nicht direkt an ausgabenseitige Vorgaben gebunden. Der ÖSG bietet zudem weite Spielräume, sodass ein maßgeblicher Verstoß eher nicht eintreten wird.

Im vorgeschlagenen Modell sollten die Bundesmittel auch im Bereich der Spitäler nicht automatisch ausbezahlt werden. Strukturfonds der Kassen und Mittel der Bundesgesundheitsagentur sollten zu noch auszuverhandelnden Anteilen für Projekte reserviert werden, die den Landesgesundheitsfonds von vorneherein nur bei aktiven Maßnahmen zur Verbesserung der Abstimmung zwischen den Sektoren zur Verfügung gestellt werden. Dies verbessert die nachteiligen Incentives der bisherigen Reformpoolprojekte maßgeblich. Die Bundesgesundheitsagentur kann dabei auch die Entwicklung von Modelltemplates auf Bundesebene anregen, die von den Parteien auf Plattformebene angepasst werden, um Entwicklungskosten zu sparen. Ein zweiter Teil wird in Folgeperioden an die Zielerreichung geknüpft und gelangt an *beide* Partner nur bei Zielerreichung zur Auszahlung. Auf diese Weise sind Sozialversicherung und Länder zur Zusammenarbeit gleichermaßen gezwungen, anstatt zu versuchen, auf Kosten des jeweils anderen zu sparen. Längerfristig kann dieser Mechanismus auch mit den derzeit zu verhandelnden Gesundheitszielen verknüpft werden.

5. Literatur

Cypionka T, Riedel M, Obradovits S, Sigl C (2011): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. IHS Endbericht/Mai 2011.

Cypionka T, Riedel M, Röhrling G, Mayer S, Rasinger T, (Pock M) (2009b): Mengenkontrolle im Arzneimittelbereich: Internationale Evidenz für Österreich. IHS Endbericht/November 2009.

Cypionka T, Röhrling G (2009b): Analyse der Reformpool-Aktivität in Österreich: Wie viel Reform ist im Reformpool? Health System Watch, II / Sommer 2009, Institut für Höhere Studien, Wien.

Cypionka T, Kraus M, Röhrling G, Schnabl A, Eichwalder S (2008): Fondsspitäler in Österreich: Ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich. IHS Projektbericht, Wien.

6. Anhang

Tabelle 1:

	fest	Projektion																					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Block 0: Wie bisher																							
INTRA																							
Stationäre Endkosten, in Mio	5.586	5.830	5.903	6.200	6.530	6.805	7.098	7.481	8.049	8.311	8.686	9.078	9.488	9.917	10.364	10.832	11.321	11.832	12.366	12.925	13.508	14.118	
Ambulante Endkosten, in Mio	895	923	956	1.017	1.100	1.179	1.237	1.317	1.418	1.510	1.600	1.696	1.798	1.905	2.019	2.140	2.268	2.404	2.548	2.700	2.862	3.033	
EXTRA																							
Gesamte Ausgaben KV, in Mio (mit Konsolidierung: Average aus JDWR 2007-2009 und 2009-2011)	10.048	10.404	10.812	11.072	11.508	11.883	12.383	13.178	13.765	14.100	14.279	14.798	15.233	15.681	16.143	16.618	17.107	17.610	18.128	18.662	19.211	19.776	
Gesamte Ausgaben KV, in Mio (ohne Konsolidierung: w ie JDWR 2000-2009)	10.048	10.404	10.812	11.072	11.508	11.883	12.383	13.178	13.765	14.100	14.279	14.798	15.366	15.955	16.567	17.203	17.863	18.548	19.260	19.999	20.766	21.563	
Ärztliche Hilfe u. gl. Leistungen, in Mio (mit Konsolidierung: Average aus JDWR 2007-2009 und 2009-2011)	2.474	2.553	2.651	2.730	2.841	2.916	3.056	3.224	3.314	3.430	3.470	3.607	3.709	3.815	3.924	4.035	4.150	4.268	4.390	4.515	4.643	4.775	
Ärztliche Hilfe u. gl. Leistungen, in Mio (ohne Konsolidierung: w ie JDWR 2000-2009)	2.474	2.553	2.651	2.730	2.841	2.916	3.056	3.224	3.314	3.430	3.470	3.607	3.740	3.878	4.022	4.171	4.325	4.485	4.651	4.822	5.001	5.186	
Arzneimittel, in Mio (mit Konsolidierung: Average aus JDWR 2005-2008 und 2008-2011)	1.980	2.062	2.196	2.341	2.423	2.463	2.606	2.822	3.030	2.840	2.865	2.968	3.064	3.163	3.266	3.371	3.480	3.593	3.709	3.829	3.953	4.081	
Arzneimittel, in Mio (ohne Konsolidierung: w ie JDWR 2000-2008)	1.980	2.062	2.196	2.341	2.423	2.463	2.606	2.822	3.030	2.840	2.865	2.968	3.130	3.301	3.482	3.672	3.873	4.084	4.307	4.543	4.791	5.053	
§2 Kassen Fälle (insgesamt), in Mio	30	30	31	31	31	31	32	33	34	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	42	42	43	
§2 Kassen Honorare (insgesamt), in Mio	1.297	1.335	1.385	1.413	1.449	1.448	1.520	1.585	1.632	1.686	1.752	1.820	1.890	1.964	2.040	2.119	2.201	2.287	2.376	2.468	2.564	2.663	
Block 1: BIP																							
INTRA																							
Stationäre Endkosten in Mio, w ie BIP (IHS-Prognose)	5.586	5.830	5.903	6.200	6.530	6.805	7.098	7.481	8.049	8.311	8.686	9.078	9.453	9.829	10.175	10.559	10.946	11.346	11.760	12.185	12.622	13.073	
Ambulante Endkosten in Mio, w ie BIP (IHS-Prognose)	895	923	956	1.017	1.100	1.179	1.237	1.317	1.418	1.510	1.600	1.696	1.766	1.836	1.901	1.973	2.045	2.120	2.197	2.276	2.358	2.442	
Stationäre Endkosten in Mio, w ie BIP langfristig (2012-2021: 3,7%)	5.586	5.830	5.903	6.200	6.530	6.805	7.098	7.481	8.049	8.311	8.686	9.078	9.411	9.757	10.115	10.486	10.870	11.269	11.682	12.111	12.555	13.015	
Ambulante Endkosten in Mio, w ie BIP langfristig (2012-2021: 3,7%)	895	923	956	1.017	1.100	1.179	1.237	1.317	1.418	1.510	1.600	1.696	1.758	1.823	1.890	1.959	2.031	2.105	2.183	2.263	2.346	2.432	
Stationäre Endkosten in Mio, w ie BIP langfristig reduziert: 3,5%	5.586	5.830	5.903	6.200	6.530	6.805	7.098	7.481	8.049	8.311	8.686	9.078	9.393	9.719	10.056	10.405	10.766	11.139	11.525	11.925	12.339	12.767	
Ambulante Endkosten in Mio, w ie BIP langfristig reduziert: 3,5%	895	923	956	1.017	1.100	1.179	1.237	1.317	1.418	1.510	1.600	1.696	1.755	1.816	1.879	1.944	2.011	2.081	2.153	2.228	2.305	2.385	
EXTRA																							
Gesamte Ausgaben KV in Mio, w ie BIP (IHS-Prognose)	10.048	10.404	10.812	11.072	11.508	11.883	12.383	13.178	13.765	14.100	14.279	14.798	15.408	16.021	16.586	17.211	17.842	18.493	19.168	19.861	20.574	21.308	
Ärztliche Hilfe u. gl. Leistungen in Mio, w ie BIP (IHS-Prognose)	2.474	2.553	2.651	2.730	2.841	2.916	3.056	3.224	3.314	3.430	3.470	3.607	3.756	3.905	4.043	4.195	4.349	4.507	4.672	4.841	5.015	5.194	
Arzneimittel in Mio, w ie BIP (IHS-Prognose)	1.980	2.062	2.196	2.341	2.423	2.463	2.606	2.822	3.030	2.840	2.865	2.968	3.091	3.214	3.327	3.452	3.579	3.709	3.845	3.984	4.127	4.274	
Gesamte Ausgaben KV in Mio, w ie BIP langfristig (2012-2021: 3,7%)	10.048	10.404	10.812	11.072	11.508	11.883	12.383	13.178	13.765	14.100	14.279	14.798	15.341	15.903	16.487	17.091	17.718	18.368	19.042	19.740	20.464	21.215	
Ärztliche Hilfe u. gl. Leistungen in Mio, w ie BIP langfristig (2012-2021: 3,7%)	2.474	2.553	2.651	2.730	2.841	2.916	3.056	3.224	3.314	3.430	3.470	3.607	3.739	3.876	4.018	4.166	4.319	4.477	4.641	4.811	4.988	5.171	
Arzneimittel in Mio, w ie BIP langfristig (2012-2021: 3,7%)	1.980	2.062	2.196	2.341	2.423	2.463	2.606	2.822	3.030	2.840	2.865	2.968	3.077	3.190	3.307	3.428	3.554	3.684	3.819	3.959	4.105	4.255	
Gesamte Ausgaben KV in Mio, w ie BIP langfristig reduziert: 3,5%	10.048	10.404	10.812	11.072	11.508	11.883	12.383	13.178	13.765	14.100	14.279	14.798	15.311	15.842	16.391	16.960	17.548	18.157	18.786	19.438	20.112	20.809	
Ärztliche Hilfe u. gl. Leistungen in Mio, w ie BIP langfristig reduziert: 3,5%	2.474	2.553	2.651	2.730	2.841	2.916	3.056	3.224	3.314	3.430	3.470	3.607	3.732	3.861	3.995	4.134	4.277	4.425	4.579	4.738	4.902	5.072	
Arzneimittel in Mio, w ie BIP langfristig reduziert: 3,5%	1.980	2.062	2.196	2.341	2.423	2.463	2.606	2.822	3.030	2.840	2.865	2.968	3.071	3.178	3.288	3.402	3.520	3.642	3.768	3.899	4.034	4.174	
Block 2: Effizienzpotentiale																							
INTRA																							
Stationäre Endkosten in Mio (10% auf 9 Jahre: 2012-2021)	5.586	5.830	5.903	6.200	6.530	6.805	7.098	7.481	8.049	8.311	8.686	9.078	9.488	9.806	10.135	10.475	10.826	11.189	11.564	11.952	12.353	12.767	
Ambulante Endkosten in Mio (10% auf 9 Jahre: 2012-2021)	895	923	956	1.017	1.100	1.179	1.237	1.317	1.418	1.510	1.600	1.696	1.798	1.884	1.975	2.070	2.169	2.273	2.383	2.497	2.617	2.743	
Block 3: Allokative Verschiebung																							
						1,104																	
Ambulante Endkosten (w ie ärztliche Hilfe)	895	923	956	1.017	1.100	1.179	1.237	1.317	1.418	1.510	1.553	1.597	1.643	1.689	1.737	1.787	1.838	1.890	1.944	1.999	2.056	2.115	
KV Ausgaben Spitalsambulanzen	265	293	323	356	386	434	412	413	431	450	464	478	493	508	524	540	556	573	591	609	628	647	
Gesamt Ausgaben KV (2,9%) ohne KV Ausgaben Spitalsambulanzen	9.783	10.111	10.489	10.715	11.121	11.449	11.972	12.764	13.334	13.650	13.815	14.319	14.740	15.173	15.619	16.078	16.550	17.037	17.537	18.053	18.583	19.129	
Bereinigte KV-Ausgaben inkl. ambulante EK (Wachstum w ie ärztl. Hilfe konsolidiert)	10.677	11.034	11.445	11.732	12.221	12.628	13.209	14.081	14.752	15.160	15.368	15.916	16.383	16.863	17.357	17.865	18.388	18.927	19.481	20.052	20.639	21.244	
Bereinigte KV-Ausgaben inkl. ambulante EK (Wachstum w ie amb. EK 2000-2009)	10.677	11.034	11.445	11.732	12.221	12.628	13.209	14.081	14.752	15.160	15.415	16.015	16.538	17.078	17.638	18.218	18.819	19.441	20.085	20.753	21.445	22.163	
BIP	207.529	212.499	218.848	223.302	232.782	243.585	256.951	272.010	283.085	274.320	284.410	299.401	311.749	324.157	335.578	348.222	360.989	374.169	387.826	401.837	416.273	431.129	
yy		1,024	1,030	1,020	1,042	1,046	1,055	1,059	1,041	0,969	1,037	1,053	1,041	1,040	1,035	1,038	1,037	1,037	1,036	1,036	1,036	1,036	

Autoren: Thomas Czypionka, Gerald Röhrling

Titel: Zukunft der Gesundheitsausgaben und Gesundheitsfinanzierung in Österreich I:
Konsolidierungsszenarien

Projektbericht/Research Report

© 2011 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
